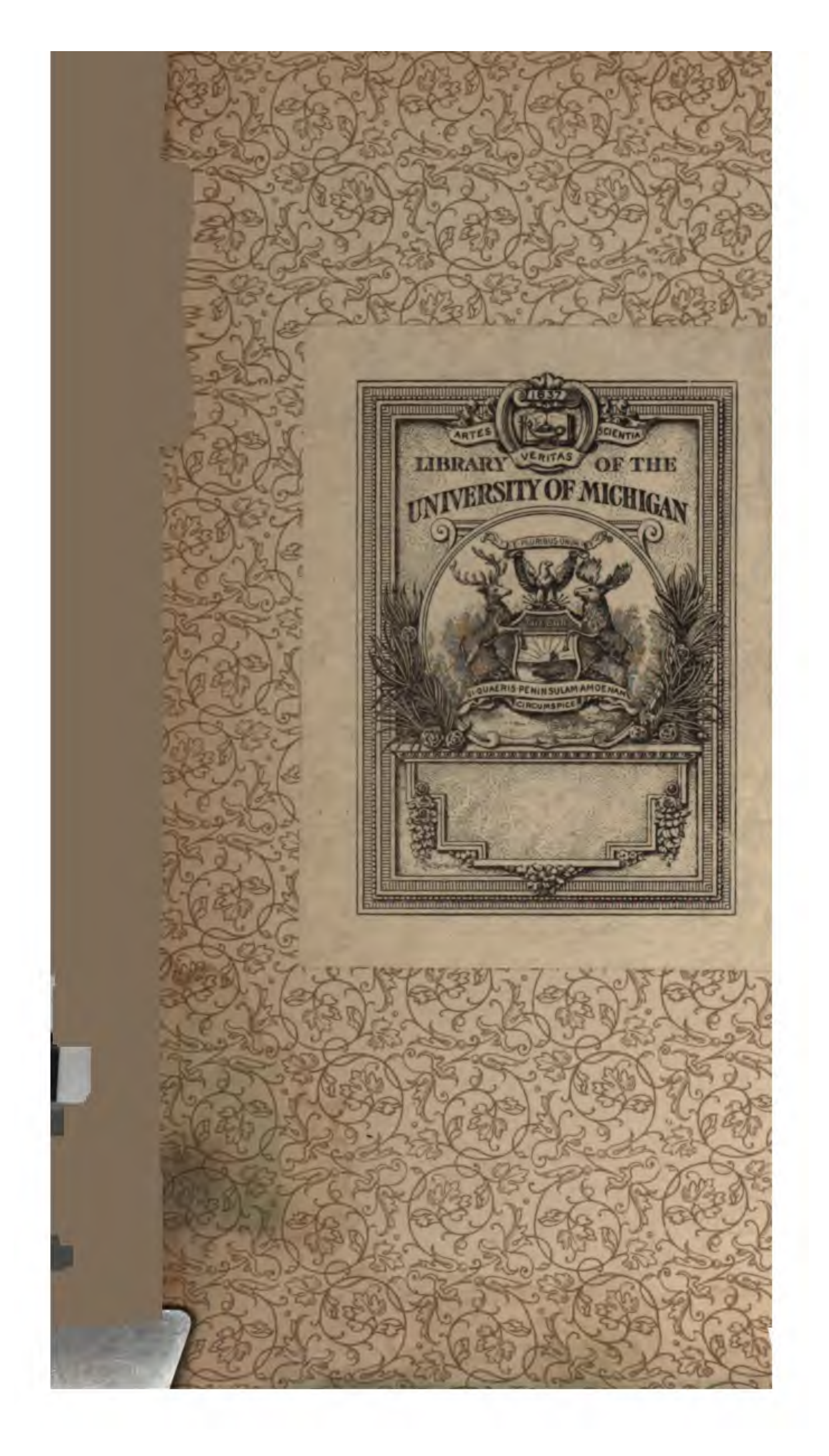
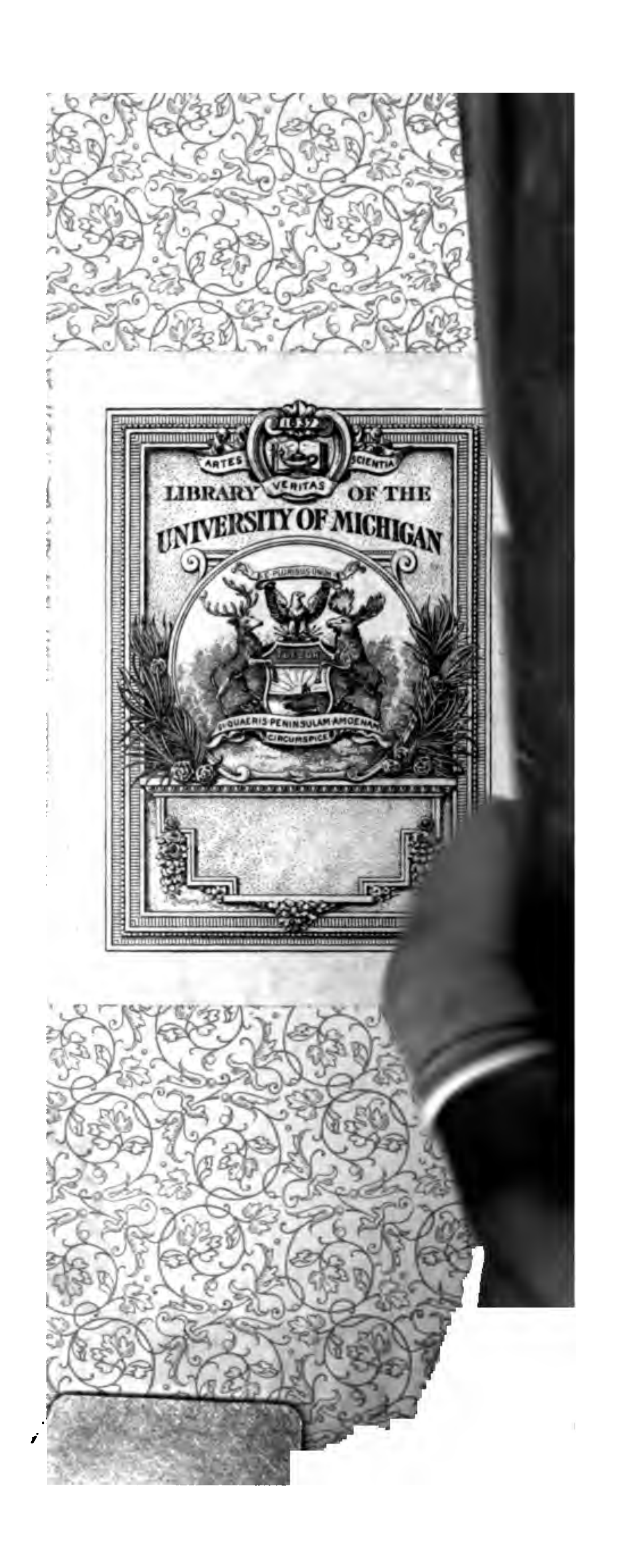

A 3 9015 00382 298 1
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLI

ARCHIVES

DE

NEUROLOG

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENT

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. AMIDON, BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLAISE, B
BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), B
CHARPENTIER, COTARD, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DREYFO
DUVAL (MATHIAS), ERLITZKY, FÉRÉ (CH.), FERRIER, GILBERT, GOMB
HERVÉ (G.), HUCHARD, JOFFROY (A.), KÉRAVAL (P.), LANDOU
MARIE, MAYGRIER, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NEUM
PIGNOL, PITRES, RAYMOND, REGNARD (P.), RICHER (P.), SE(
STRAUS (L.), TALAMON, TEINTURIER (E.) THULIÉ (H.), TRO
VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.)

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**
Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRÉ**
Dessinateur : **LEUBA.**

Tome III. – 1882

Avec 7 planches noires ou en couleur et 30 figures

PARIS

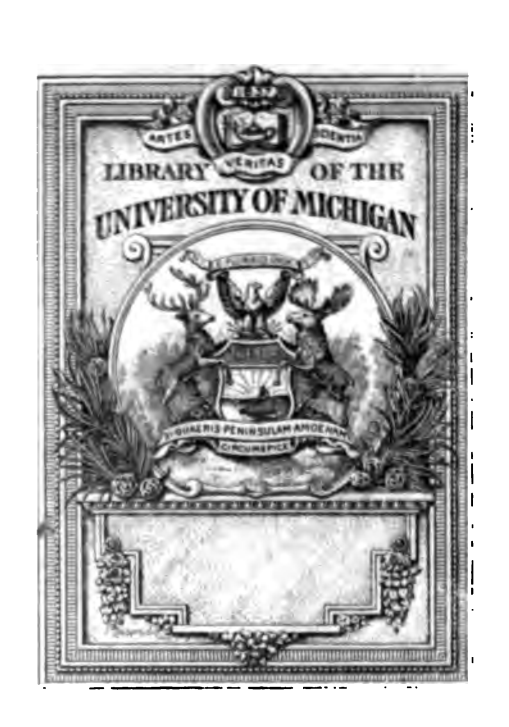
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
6, rue des Écoles.

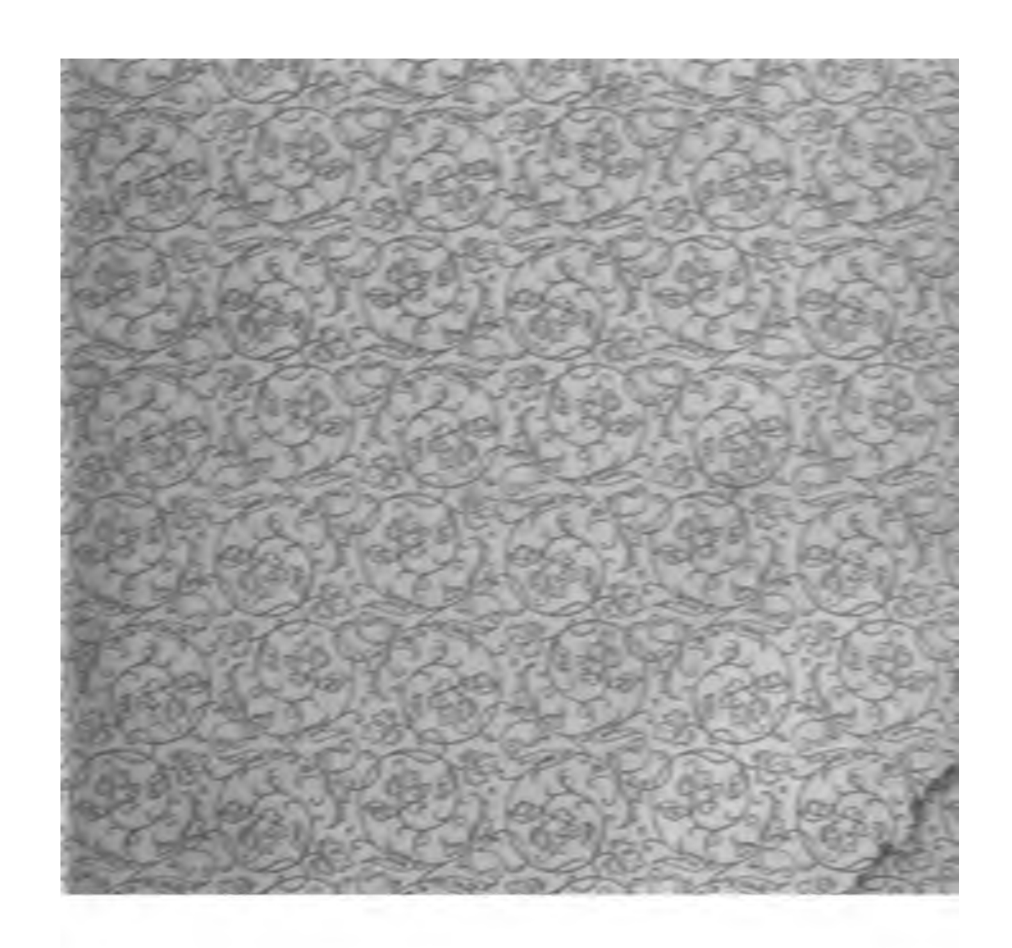
1882

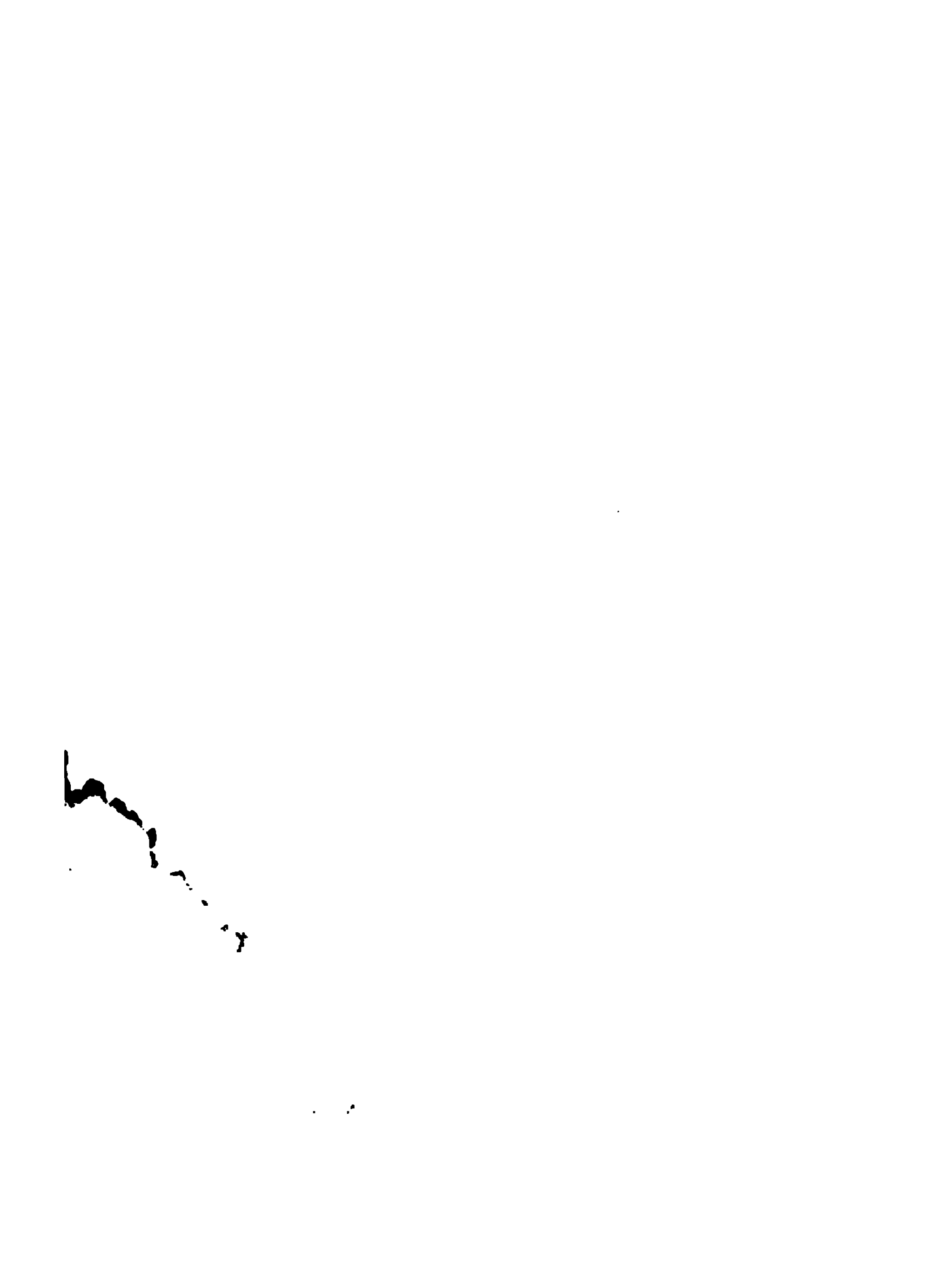
ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE


ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE





ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY.

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. AMIDON, BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLAISE, BLANCHARD BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CHARPENTIER, COTARD, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DREYFOUS, DURET, DUVAL (MATHIAS), ERLITZKY, FÉRÉ (CH.), FERRIER, GILBERT, GOMBAULT, GRASSET, HERVÉ (G.), HUCHARD, JOFFROY (A.), KÉRAVAL (P.), LANDOUZY, MAGNAN, MARIE, MAYGRIER, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NEUMANN, PIERRET, PIGNOL, PITRES, RAYMOND, REGNARD (P.), RICHER (P.), SEGUIN (E.-C.), STRAUS (L.), TALAMON, TEINTURIER (E.) THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.)

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**
Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRÉ**
Dessinateur : **LEUBA.**

Tome III. – 1882

Avec 7 planches noires ou en couleur et 30 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

6, *rue des Écoles.*

1882

Vol. III. **Janvier 1882.** **N° 7**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE

LA CORNE D'AMMON (Morphologie et Embryologie) (*Suite*);

Par Mathias DUVAL [1].

II. *Corne d'Ammon chez l'homme et chez quelques singes* (*fig. 1* et *2* de la Planche I, *fig. 3* et *4* de la Planche II).

La *figure 1*, représentant une coupe du cerveau humain au niveau de l'extrémité toute postérieure des pédoncules cérébraux, est destinée à montrer les rapports de la formation ammonique avec les parties voisines. Immédiatement en dehors du plan médian axial de l'encéphale, on voit en bas le pédoncule (P) et en haut l'extrémité postérieure de la couche optique correspondante (C O); si la coupe avait porté sur une région un peu plus antérieure, on verrait, en dehors du pédoncule, la section de la bandelette optique ; ici, vu le niveau susindiqué, à la place de cette bandelette, on

[1] Voir le n° 6, p. 161.

trouve (en C G) la coupe de l'extrémité antérieure du *corps genouillé* en dehors de laquelle est la masse centrale de l'hémisphère. Ces parties étant reconnues, nous pouvons porter notre attention : 1° soit vers la cavité (V) du diverticule sphénoïdal du ventricule latéral, et nous reconnaissons, dans cette cavité, comme en formant la paroi interne (par rapport au plan médian), la saillie blanche de la corne d'Ammon (en H) ; pour plus de clarté, et afin de ne pas affecter le nom de corne d'Ammon à cette saillie qui, en somme est ce qu'il y a de plus insignifiant dans l'ensemble de la formation ammonique, nous adopterons ici la nomenclature des auteurs allemands et désignerons cette saillie sous le nom d'*alveus* ; 2° nous pouvons d'autre part porter notre attention sur la substance corticale, c'est-à-dire sur la circonvolution de l'hippocampe (en C H, seconde circonvolution temporo-occipitale) et suivre cette substance grise corticale, avec la couche blanche sous-jacente, vers la formation ammonique, c'est-à-dire en haut et en dehors.

C'est ce dernier ordre d'étude qui sera le plus profitable, en le faisant sur la *fig. 2*, laquelle représente seulement la formation ammonique telle qu'elle est déjà donnée dans la *fig. 1*, mais à un grossissement plus considérable (10 à 12 fois au lieu de 3 fois). — Si donc nous partons de la moitié supérieure de la convexité de la circonvolution de l'hippocampe (extrémité gauche de la *fig. 2*), nous voyons qu'à cette convexité (O) fait suite un profond sillon (*e*) dans lequel pénètrent de nombreux vaisseaux ; au-dessus de ce sillon est une circonvolution, très nette (*a*, *b*, *c*, *d*, *fig. 2*) et non une

demi-circonvolution comme on l'a dit souvent; c'est la *circonvolution godronnée*, qui présente des dimensions relativement réduites, de sorte que de sa surface une faible partie seulement est tout à fait libre (en *a*), le reste correspondant au sillon qui la sépare de la circonvolution précédente, et étant plus ou moins soudé à celle-ci par les vaisseaux et la pie-mère qui remplissent cet étroit sillon. Au-dessus de la circonvolution godronnée, le manteau de l'hémisphère est réduit à sa couche de substance blanche, formant ici un gros cordon dont la coupe est en forme de cœur de carte à jouer; ce cordon (C B) est le corps bordant; son angle supérieur (du côté X) s'amincit graduellement, mais ne présente pas un bord libre; il se continue en effet en une mince lamelle de substance nerveuse qui s'incurve en dehors, forme la paroi interne du ventricule, et, se réduisant enfin à la membrane épendymaire, revêt l'espèce de panache que forment les vaisseaux sanguins du côté de la cavité ventriculaire : l'ensemble de ces vaisseaux (plexus choroïde) est ainsi compris entre deux lamelles, qui se continuent l'une avec l'autre au niveau du bord libre du plexus (en P C) et dont l'inférieure, comme nous venons de le dire, se rattache au corps bordant, tandis que la supérieure va se rattacher (au dessus de X, *fig. 2*) à la base de l'hémisphère en dehors de la surface des corps genouillés. Les plexus choroïdes n'interrompent donc pas la continuité de la paroi de la cavité ventriculaire, mais répondent seulement à une région où cette paroi est amincie, distendue et refoulée par eux vers la cavité ; par suite le corps godronné est en dehors du ventricule ; c'est une partie corticale, une vraie circonvolution.

Si nous examinons la disposition des couches que forment ces parties, c'est-à-dire la structure de la circonvolution de l'hippocampe et de la circonvolution godronnée, nous constatons les dispositions suivantes :

A. — Au niveau de sa convexité (extrémité gauche de la *figure 2*), la circonvolution de l'hippocampe présente, en allant de la superficie à la profondeur : 1° D'abord une couche de substance blanche (O, *fig. 2*,) formée de fines fibres nerveuses : ce revêtement blanc, auquel les anatomistes allemands ont donné le nom de *subiculum*, est ce que présente de plus particulier cette circonvolution ; il est d'autant plus prononcé qu'on examine des coupes plus antérieures ; mais jamais nous ne l'avons vu présenter une largeur aussi considérable que celle que lui attribuent divers auteurs (voyez les figures de Meynert), c'est-à-dire qu'il va en s'amincissant vers le sillon qui sépare la circonvolution de l'hippocampe d'avec la circonvolution godronnée et disparaît dans la profondeur de ce sillon. — 2° Au-dessous du *subiculum* est une couche formée de substance d'apparence amorphe, parsemée de petites cellules irrégulièrement disposées, ayant le plus souvent leur grand axe transversalement dirigé, c'est-à-dire parallèlement à la surface. — 3° Au-dessous est une épaisse couche de cellules pyramidales, qu'on ne voit pas distinctement séparée, comme dans la plupart des autres régions de l'écorce, en un stratum superficiel de petites pyramides et un stratum profond de grandes pyramides, quoique ces cellules soient du reste d'autant plus volumineuses et surtout d'autant plus allongées qu'elles sont plus profondes. — 4° Aux cellules pyramidales les plus profondes

succède une couche de cellules nerveuses étoilées ou fusiformes. — 5° Enfin vient la couche médullaire de substance blanche.

B. — Au niveau du sillon qui sépare la circonvolution godronnée de la circonvolution de l'hippocampe, la composition de cette dernière est modifiée de la manière suivante : 1° Le *subiculum* ou revêtement blanc superficiel disparaît (*a*, *fig. 2*). — 2° La couche sous-jacente (substance amorphe avec cellules irrégulièrement disposées) est pénétrée par un grand nombre de vaisseaux, qui, se disposant par nappes plus ou moins continues dans son épaisseur, lui donnent un aspect irrégulier, avec stratifications variables (aspect caverneux). Dans la profondeur, cette disposition est assez prononcée pour faire croire à la présence d'une nouvelle couche (*fig. 2* entre *c* et *a*) ; c'est ce que Meynert a appelé le *stratum lacunosum*, « qui est composé par un épais réseau d'espaces lymphatiques périvasculaires, disposés autour d'un lacis de capillaires qui pénètrent par en bas dans la corne inférieure du ventricule latéral ». (Huguenin, *op. citat.*, p. 296). On voit donc que ce *stratum lacunosum*, quelque nettes que puissent être ses dispositions, ne représente rien d'essentiel au point de vue de la structure de l'écorce, c'est-à-dire de la distribution des éléments nerveux. — 3° La couche des cellules pyramidales est formée d'éléments tous de plus en plus volumineux, c'est-à-dire que les petites cellules pyramidales disparaissent presque complètement (*c. fig. 2*). — 4° Rien de particulier pour la couche de cellules nerveuses étoilées (*d, fig. 2*), non plus que pour la couche de substance médullaire blanche (*f*, *fig. 2*) qui forme ici l'*alveus* (voy. ci-dessus page 2),

et qui est revêtue à sa surface intérieure par l'épithélium épendymaire.

C. — Si nous suivons également de la superficie à la profondeur (de gauche à droite ou de bas en haut, dans la *fig. 2*) les couches qui composent la circonvolution godronnée, nous allons trouver les mêmes stratifications que nous venons de décrire, mais avec interposition d'une nouvelle couche au-dessous de la première. En effet : 1° La première couche (substance amorphe avec cellules irrégulièrement disposées), ne présente ici de particulier que son épaisseur et son uniformité (*a*, *fig. 2*). Nous verrons plus loin que, chez divers mammifères, cette couche amorphe devient de plus en plus caractéristique de la circonvolution godronnée. — 2° Au-dessous apparaît, comme nouvelle couche, une mince nappe contournée (*b*, *fig. 2*), d'un aspect tout particulier : elle est formée d'éléments anatomiques arrondis, qu'on prendrait au premier abord pour des noyaux libres, mais qui sont en réalité de petites cellules à corps protoplasmatique rudimentaire. Ces éléments sont étroitement serrés les uns contre les autres ; ils prennent très énergiquement le carmin, de sorte que, sur les coupes ainsi colorées, cette couche se distingue, même à l'œil nu, comme un ruban foncé décrivant des ondulations plus ou moins nombreuses. (Voy. les figures des Pl. II et III.) Cette couche est caractéristique de la circonvolution godronnée chez tous les animaux dont nous avons étudié l'encéphale : on ne trouve rien qui lui ressemble dans une autre région corticale. Kupffer lui avait donné le nom de *stratum granulosum ;* Arndt et Meynert ayant reconnu la nature nerveuse (cellules) de ses éléments, Meynert

lui a donné le nom de *stratum corporum nervorum arctorum*. (Voy. Huguenin, page 297.) — 3° Vient ensuite (*c*, *fig.* 2) la couche des grandes pyramides, qui, vu la dimension réduite de la circonvolution godronnée, sont ici disposées en rayonnant de la partie profonde vers la partie superficielle; aussi cette couche mérite-t-elle plus spécialement ici le nom de *stratum radiatum* que lui a donné Meynert dans l'ensemble de la formation ammonique. — 4° Au-dessous est la couche de cellules nerveuses étoilées, — et enfin, 5° la couche médullaire de substance blanche, laquelle se continue avec le corps bordant, puisque ce corps bordant représente une région où le manteau de l'hémisphère est réduit à sa partie blanche médullaire sans revêtement de substance grise corticale.

D. — Enfin le sillon qui sépare la circonvolution godronnée de celle de l'hippocampe, d'abord assez large dans sa partie superficielle (en *e*, *fig.* 2), devient de plus en plus étroit à mesure qu'il s'enfonce entre les deux circonvolutions. En même temps, comme ses vaisseaux pénètrent dans les couches superficielles de la circonvolution de l'hippocampe et y dessinent, par leur présence, des lacunes en forme de nappes (*stratum lacunosum*), et comme, à mesure qu'il se rétrécit les couches superficielles des deux circonvolutions arrivent au contact l'une de l'autre et se soudent par places, il en résulte que parfois il est difficile, même avec un fort grossissement, de suivre ce sillon d'une manière continue, sans le confondre avec les diverses formations qui méritent le nom de *stratum lacunosum*. C'est ce qui explique qu'on ait pu voir dans la formation ammonique une masse unique dans laquelle la

substance corticale pénètre en s'enroulant et non deux circonvolutions parfaitement distinctes.

En résumé, faisant abstraction du *subiculum* qui n'existe pas sur toute la circonvolution de l'hippocampe, et du *stratum lacunosum*, qui n'est pour ainsi dire qu'un accident, résultant de ce que les vaisseaux, ne trouvant pas assez de place dans l'étroit sillon qui sépare les deux circonvolutions, viennent se loger dans la substance superficielle de l'une d'elles, en résumé nous voyons que, dans toute la formation ammonique, on trouve en allant de la superficie à la profondeur : une couche de substance amorphe, une couche de cellules pyramidales (*stratum radiatum*), une couche de cellules nerveuses étoilées, et enfin la substance blanche; seulement dans la circonvolution godronnée une nouvelle couche vient s'interposer entre la première et la seconde, c'est le *stratum granulosum*, entre la couche amorphe et le *stratum radiatum*. Mais cette adjonction de nouveaux éléments ne fait pas que le corps godronné, considéré dans son entier, représente une nouvelle formation, surajoutée à la substance corticale; il n'est qu'une circonvolution ordinaire, une saillie de cette substance corticale.

Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher immédiatement ces résultats des formules souvent énigmatiques par lesquelles les auteurs ont cherché à résumer leur manière de comprendre la formation ammonique.

« La corne d'Ammon, ainsi que l'ont démontré les frères Wenzel, dit Sappey (t. III, 1877, p. 106), n'est qu'une circonvolution retournée, de telle sorte que sa partie médullaire, d'enveloppée qu'elle était, est devenue enveloppante. — La bandelette de l'hippo-

campe est attachée par son bord adhérent au bord libre et incliné en dedans de cette circonvolution. Le corps godronné se trouve logé dans la concavité de sa face interne. » — Dans cet énoncé, faisons remarquer d'une part que l'expression de *circonvolution retournée* (partie médullaire enveloppée devenue enveloppante) a sans doute pour origine, soit l'idée que cette circonvolution, détachée de la surface, est placée dans la cavité ventriculaire, soit une trop grande importance attachée à la couche blanche superficielle dite *subiculum*, et d'autre part que le corps godronné n'est pas une chose à part logée dans la concavité de la formation ammonique, mais bien la moitié supérieure de cette formation, c'est-à-dire la circonvolution supérieure d'un ensemble constitué par deux circonvolutions.

Les mêmes remarques s'appliquent au passage suivant, extrait de Ch. Richet (*Structure des circonvolutions cérébrales*. Thèse de concours, Paris, 1878). « Cette lame grise, entourée par l'alveus du côté interne ou ventriculaire, par le subiculum du côté interne ou périphérique, se reploie sur elle-même en formant un crochet recourbé en forme de crosse d'évêque, qui fait quelquefois un tour complet à la manière de l'hélice d'un limaçon... Cette lame grise amincie semble à son extrémité se continuer directement avec cette bandelette rougeâtre, hérissée de petites saillies, qu'on a désignées sous le nom de corps godronné, et qui fait, avec la corne d'Ammon et le corps bordant, saillie dans la cavité latérale du ventricule. » Cette description est accompagnée de figures que nous avions vainement cherché à comprendre, lorsque nous avons

enfin aperçu, à l'explication des planches, cette remarque suffisamment explicative : « Pour rendre les figures plus claires, on a supprimé le corps bordant et le corps godronné. » Que le lecteur veuille bien, par la pensée, supprimer des figures de nos Pl. I, II et III, le corps godronné, et il verra ce qui peut rester alors de la corne d'Ammon.

Plus heureuses sont les descriptions dans lesquelles P. Berger résume les travaux allemands (art. *Cerveau* du *Dictionnaire encyclopédique*). Dans les passages que nous allons citer, il suffira presque de mettre en italiques certains détails, pour montrer combien ils se ressentent encore des conceptions classiques — (p. 194 de l'article cité) : « La corne d'Ammon dans son entier représente non point une circonvolution retournée, mais une demi-circonvolution dont tous les éléments ont été profondément modifiés... Partant de la face interne de l'hémisphère, on trouve d'abord un profond sillon séparant deux saillies : en bas c'est la circonvolution de l'hippocampe, en haut la corne d'Ammon, ou, si on le préfère, la *demi-circonvolution* supérieure de l'hippocampe. Ce sillon, c'est l'anfractuosité qui les sépare et que comble en *partie le corps godronné dont il faut faire abstraction dans cette étude.* » — De même lorsque l'auteur décrit la manière dont se comporte la substance grise. « Au niveau de la circonvolution de la corne d'Ammon, dit-il, la substance grise corticale paraît quitter la surface de l'hémisphère pour devenir profonde... elle se recouvre d'une mince couche de substance blanche à laquelle est due la couleur particulière de ce repli..., puis elle vient mourir dans la corne d'Ammon. » — « ... Mais avant de dis-

paraître elle se met en rapport avec une traînée de substance grise qui en est une véritable dépendance ; cette lame, située entre le bord supérieur de la corne d'Ammon et le subiculum, par conséquent dans le sillon de séparation des deux branches du crochet, doit à sa couleur et à son aspect dentelé le nom de corps godronné ou *Fascia dentata*. Aussi l'écorce, superficielle d'abord dans la circonvolution de l'hippocampe, devient profonde dans la corne d'Ammon où se trouve son véritable bord libre; mais ce dernier, grâce aux relations qui l'unissent au corps godronné, redevient superficiel *quoique intraventriculaire* (!). » (*Op. citat.*, p. 160). Il va sans dire que par suite, il n'est fait aucune mention de la continuité de l'une des lèvres du corps bordant avec la lamelle épendymaire qui revêt les plexus choroïdes, témoin la description suivante empruntée à Berger, et dans laquelle, pour la dénomination de certaines parties, il faut avoir égard à ce que l'auteur considère la région postérieure de la formation ammonique : « Le corps frangé ou bordé (*tænia; corpus fimbriatum ; fimbria*) est une bandelette très blanche... La face supérieure ou ventriculaire est libre; sa face inférieure adhère intimement à l'hippocampe : son bord antérieur recouvre la partie postérieure du corps godronné et répond très médiatement à la couche optique, son bord postérieur très mince se continue avec la convexité de la corne d'Ammon. » (Art. *Cerveau*, p. 169.)

Quant à l'étude de la structure, c'est-à-dire de la disposition des couches dans la circonvolution de l'hippocampe, elle est faite par Berger d'une manière très exacte; seulement, d'après les travaux allemands que

l'auteur résume, il nie la présence d'une couche de cellules étoilées entre la couche des grandes pyramides et la substance médullaire blanche. Cette réserve faite, nous devons, pour compléter notre propre description, reproduire textuellement celle de P. Berger. (*Op. citat.*, p. 159 et 181.) « Si l'on examine la circonvolution de l'hippocampe, on est frappé de la couleur blanche qu'elle revêt et qui se prononce d'arrière en avant, en lui donnant, au niveau de la face inférieure du crochet, un aspect tout particulier. Ici, en effet, des îlots de substance blanche sont entourés de substance grise, d'où le nom de *substance réticulée blanche* que lui a donné Arnold (*substantia reticularis alba*).

« Une substance réticulaire très développée recouvre toute la face externe de l'écorce dans ces deux parties, mais surtout dans la circonvolution de l'hippocampe; c'est à elle qu'est due la couleur blanche de cette dernière. La *première couche*, appartenant en propre à l'écorce, la couche externe, est formée de petites cellules transversales et par conséquent parallèles à l'écorce : elles sont difficiles à reconnaître et appartiennent au tissu interstitiel. La deuxième couche est caractérisée par l'absence des petites pyramides que l'on trouve dans les autres régions de l'écorce. Elles sont remplacées par des lacunes périvasculaires limitées par les prolongements terminaux des pyramides plus profondes; ceux-ci forment une sorte de réseau autour des anastomoses par lesquelles les capillaires de l'épendyme s'unissent aux capillaires venant de la surface du cerveau; c'est le *stratum lacunosum* de Meynert (*stratum reticulare* de Kuppfer). La troisième couche (*stratum radiatum*) est composée en dehors par les pro-

longements périphériques des pyramides qui en forment la couche la plus profonde... Les dimensions de ces pyramides sont considérables et l'épaisseur de la couche qu'elles forment a déterminé Meynert à donner, dans toutes les autres régions de l'écorce, le nom d'*ammonsformation* à la couche plus particulièrement composée de ces éléments. Plus profondément on ne trouve ni cellules irrégulières, ni cellules fusiformes. Il n'y a même pas de substance conjonctive ou de matière unissante interposée entre la couche nerveuse profonde et ce qui représente dans la corne d'Ammon la substance médullaire. »

Nous avons étudié la formation ammonique chez deux espèces de singes : sur un cynocéphale et sur un cébien.

Chez le cynocéphale (Pl. II, *fig. 3*), les parties sont disposées exactement comme chez l'homme : l'ensemble de la corne d'Ammon est seulement un peu aplati de haut en bas, de sorte que la circonvolution godronnée est plus large et moins haute ; aussi sa surface est-elle de plus en plus cachée dans le sillon qui la sépare de la circonvolution de l'hippocampe ; mais en même temps la continuité de la couche des grandes pyramides d'une circonvolution dans l'autre est ici encore plus évidente *(c, c)*. Les formations vasculaires caverneuses dites *stratum lacunosum* sont moins prononcées, et nous allons du reste les voir disparaître à peu près complétement chez les autres mammifères, nouvelle preuve de leur peu de signification ; il n'y a donc pas lieu, ainsi que nous l'avons dit, de les comprendre dans la nomenclature des couches de cette

région corticale. Enfin, on voit ici (*fig 3*, en X), aussi nettement que chez l'homme, la manière dont se comportent les plexus choroïdes relativement au ventricule (V et PC) et au corps bordant.

Chez le singe cébien (*fig. 4*) les dimensions réduites de l'encéphale nous ont permis de donner une figure qui s'étend en haut jusqu'au corps calleux (C *p*) avec la bandelette du trigone (*h*). Cette bandelette est, avec la face supérieure de la couche optique et avec les plexus choroïdes, dans les mêmes rapports que le corps bordant est avec la face inférieure de ces mêmes couches et de ces mêmes plexus. On voit que sous le corps calleux la bandelette du trigone représente la formation ammonique réduite à son corps bordant, et ce fait, que nous indiquons ici en passant, va devenir évident chez les autres mammifères. Quant à l'ensemble de la corne d'Ammon (partie inférieure de la *fig. 4*) chez le singe cébien, il reproduit très exactement les dispositions précédemment décrites, et ne présente de remarquable que le grand développement dans tous les sens de la circonvolution godronnée.

III. *Corne d'Ammon chez divers mammifères.*

1° *Mouton.* — Les *figures 5* et *6* représentent une corne d'Ammon chez le mouton. — Pour ce qui est de la *figure 5*, il est inutile d'en donner ici une description, qui ne serait que la répétition de celles que nous avons données pour l'homme et les singes : l'inspection seule de la figure, pour les détails de laquelle ont été employées les mêmes lettres de renvoi, suffira

à la démonstration des deux circonvolutions et du sillon qui les sépare. Quant à la *figure 6*, pour la rendre intelligible et en faire comprendre toute l'importance, il nous faut rappeler que, chez tous les animaux autres que l'homme et les singes, la formation ammonique, au lieu d'occuper seulement le diverticulum sphénoïdal du ventricule latéral, se prolonge en haut dans ce ventricule lui-même, c'est-à-dire que lorsqu'on dissèque le cerveau de haut en bas, on trouve, en arrivant au-dessous du corps calleux, non pas, comme chez l'homme et les singes (*fig 4*, *h*), une simple bandelette blanche faisant suite au corps bordant, mais bien une bandelette blanche accompagnée de substance grise et on reconnaît dans cette substance grise les diverses parties de la formation ammonique. Cette formation décrit donc un fer à cheval complet à concavité antérieure, présentant une branche supérieure et une branche inférieure (chez l'homme il n'y a que la branche inférieure). Sur une coupe verticale comprenant chacune de ces branches, les parties de la branche supérieure seront donc symétriquement disposés par rapport à celle de l'inférieure, c'est-à-dire qu'elles se regarderont réciproquement : c'est ce que montre la comparaison des *figures 5* et *6*, puisque la *figure 6* semble n'être autre chose que la *figure 5* renversée ; nous reconnaissons donc en C B *(fig. 6)* le corps bordant, qui, si la coupe était faite sur un cerveau d'homme ou de singe, représenterait le trigone, et en effet tous les anatomistes décrivent la bandelette du trigone comme faisant suite au corps bordant ; en P C *(fig. 6)* sont les plexus choroïdes et l'on voit qu'ici aussi ils sont renfermés dans une mince lamelle for-

mant paroi ventriculaire et se rattachant d'une part au bord du corps bordant (ou bandelette du trigone) et d'autre part à la limite externe de la couche optique (contre le noyau caudé du corps strié) ; en *c* est la circonvolution godronnée, remarquable et reconnaissable par son stratum granulosum; cette circonvolution godronnée est ici, comme dans la moitié inférieure de la formation ammonique, séparée, par un sillon profond, étroit, contourné, plein de vaisseaux, d'une belle circonvolution (CH, *fig. 6)* dans laquelle il est facile de reconnaître la suite de la circonvolution de l'hippocampe.

Or, et c'est là un fait essentiel non seulement pour l'étude présente mais encore pour un grand nombre de questions relatives à la morphologie comparée des hémisphères, cette circonvolution de l'hippocampe est ici située *au-dessous du corps calleux*. D'autre part, on aperçoit dans la partie supérieure de la *figure 6*, au-dessus du corps calleux, une circonvolution qui correspond à ce que, pour le cerveau humain, tous les auteurs désignent sous le nom de circonvolution du corps calleux (gyrus fornicatus). Si chez l'homme la formation ammonique, au lieu de se réduire en haut au corps bordant (bandel. du trigone), se continuait avec toutes ses parties constituantes, celles-ci formeraient sous le corps calleux une circonvolution godronnée et une circonvolution de l'hippocampe, absolument indépendante de la *circonvolution du corps calleux*, située au-dessus de la grande commissure interhémisphérique. Que penser donc de l'indication donnée par tous les auteurs, à savoir que la circonvolution de l'hippocampe (région temporo-occipitale) se continue en

haut (face interne de l'hémisphère) avec la circonvolution du corps calleux? Deux solutions sont seules possibles pour trancher cette contradiction : ou bien la situation du corps calleux est différente chez l'homme et les singes d'une part, chez les autres mammifères d'autre part; ou bien l'opinion classique est une erreur. C'est à cette dernière interprétation qu'il faut se rattacher. En effet, en examinant les parties corticales situées en arrière et au-dessous du bourrelet du corps calleux sur des hémisphères humains, on constate que la circonvolution du corps calleux est interrompue brusquement, au niveau de sa prétendue continuité avec celle de l'hippocampe, par un sillon oblique, de telle sorte que la circonvolution de l'hippocampe vient ici mourir par une extrémité taillée en pointe et qui se perd sous le bourrelet du corps calleux. Que cette pointe soit supposée s'élargir en se prolongeant sous le corps calleux et nous aurions chez l'homme, comme chez le mouton, la circonvolution de l'hippocampe développée jusque sous la face inférieure du corps calleux.

S'il en est ainsi de la circonvolution de l'hippocampe, à plus forte raison en est-il de même de la circonvolution godronnée, pour laquelle il ne faut pas songer à chercher aucune espèce de continuité avec les parties de l'écorce situées au-dessus du corps calleux, sur la face interne de l'hémisphère. Dans les descriptions classiques des circonvolutions, il n'est du reste guère fait allusion à une continuité de ce genre, puisque les auteurs ne comprennent pas le corps godronné parmi les formations corticales. Mais Berger, dans l'article souvent cité, s'inquiétant des connexions des diverses parties

de la corne d'Ammon, exprime d'une façon on ne peut plus nette l'opinion que nous venons de réfuter. « En haut, dit-il, le corps godronné se continue avec l'écorce de la circonvolution du corps calleux. » (*Op. citat.*, p. 169.)

Il y a déjà quelques années, que, étudiant dans un autre but des coupes d'hémisphères de chien et de chat (les choses sont disposées comme chez le mouton), nous avions été frappé de la présence de véritables circonvolutions au-dessous du corps calleux, à la place occupée par le trigone chez l'homme. Comme nous suivions à cette époque les leçons où Broca exposait ses idées sur le *lobe limbique* (publiées depuis dans le *Revue d'anthropologie*), nous lui fîmes remarquer, pièces en mains, à la suite d'une de ses leçons, que chez les animaux, on trouvait sous le corps calleux des replis de substance grise corticale qui pouvaient être considérés comme formant le véritable limbe du manteau de l'hémisphère, et nous n'oublierons jamais avec quelle bienveillance ce maître éminent, au début de la leçon suivante, indiqua que certainement, d'après les pièces qu'il avait reçues de nous, sa conception du lobe limbique devait être modifiée chez les animaux. Il se proposait de reprendre cette étude au point de vue de ces circonvolutions que nous appelions provisoirement sous-calleuses. Par ce qui précède, nous voyons que ces circonvolutions sous-calleuses ne sont autre chose que l'ensemble de la corne d'Ammon, c'est-à-dire la circonvolution godronnée et la circonvolution de l'hippocampe ; nous voyons de plus que chez l'homme même le limbe de l'hémisphère ne saurait être représenté par le *gyrus fornicatus* (circonvolution du corps

calleux), mais bien par ce qui reste des circonvolutions sous-calleuses (partie supérieure de l'hippocampe) atrophiées et que, par suite l'étude, du lobe limbique est entièrement à refaire d'après des vues suffisamment indiquées par tout ce qui précéde. C'est un travail que nous avons entrepris et qui sera prochainement publié.

Pour le moment, laissant de côté ces considérations de morphologie générale, il nous suffira d'avoir reconnu la formation ammonique dans l'ensemble des parties grises et blanches situées au-dessous du corps calleux du mouton. Or, chez les autres animaux que nous allons étudier, on voit la formation ammonique se retirer, pour ainsi dire, de plus en plus de la face inférieure des hémisphères pour se concentrer sur le corps calleux où elle prend un énorme développement, la formation ammonique droite et la gauche arrivant à se toucher sous la région médiane du corps calleux et à se souder dans cette partie.

2° *Rongeurs.* — Chez le rat et le lapin, on peut étudier avec avantage la formation ammonique à l'aide de coupes horizontales, c'est-à-dire qui portent sur la partie moyenne du fer à cheval décrit par la corne d'Ammon ; quant aux coupes verticales, elles sont surtout intéressantes dans leur partie supérieure, intéressant la branche supérieure du fer à cheval en question, car sa branche inférieure est très réduite, à l'inverse de ce qui existe chez l'homme, et ne présente rien de particulier.

La *figure 7* (Pl. III) représente une coupe horizontale du cerveau du rat ; coupe passant par les tubercules quadrijumeaux (TQ) et les couches optiques : en arrière de la couronne rayonnante, on trouve les diverses

parties de la corne d'Ammon, se présentant, d'avant en arrière, dans l'ordre suivant: d'abord le corps bordant (CB), puis la circonvolution godronnée (C), reconnaissable à son *stratum granulosum* (*b*) ; vient ensuite (en *e*) le sillon qui sépare cette circonvolution du reste de la substance corticale, c'est-à-dire de la circonvolution de l'hippocampe (CH); mais ici cette dernière expression n'est qu'imparfaitement justifiée, car si la région corticale C H est limitée en dedans par un sillon (*e*), elle n'est séparée en dehors par aucune limite du reste de la substance corticale de l'hémisphère. Nous voyons donc déjà ici un exemple du fait déjà annoncé (page 18) et auquel les études suivantes donneront presque la valeur d'une loi générale, à savoir que sur ce cerveau lisse, c'est-à-dire qui paraît sans circonvolution quand on n'examine que ses faces extérieures, il existe cependant un sillon et une circonvolution vers la face interne, la circonvolution godronnée et le sillon qui la sépare du reste de l'écorce. Sur cette *figure 7*, vu l'étroitesse de la cavité ventriculaire, on a, pour plus de clarté, négligé de représenter les plexus choroïdes et indiqué seulement la limite du ventricule du côté du corps bordant; mais il est facile, en comparant par exemple avec la *figure 11*, de comprendre qu'une mince lamelle, partie du bord antérieur du corps bordant (CB) doit envelopper les plexus choroïdes et venir se rattacher à la limite externe de la couche optique, contre le noyau caudé du corps strié (figuré comme une coupe triangulaire à la partie postérieure de la couronne rayonnante).

Si dans une coupe horizontale (*fig. 7*) la corne d'Ammon d'un côté est séparée de celle du côté opposé

par toute l'épaisseur des couches optiques (ou pour mieux dire des tubercules quadrijumeaux), il n'en est plus de même, sur une coupe verticale, pour les parties supérieures ou sous-calleuses des deux cornes d'Ammon (*fig. 8*). Ici les deux formations ammoniques se rapprochent de le ligne médiane, et une de leurs parties arrive presque au contact d'un côté à l'autre. Cette partie (C H, *fig. 8*), c'est une région de l'écorce qui, par sa saillie nettement délimitée, mérite bien ici le nom de circonvolution de l'hippocampe (comparez avec la *figure 6* de la Pl. II). De sorte que ce cerveau du rat, parfaitement lisse à sa surface extérieure, se trouve cependant posséder, dans la partie sous-calleuse de sa face interne, deux circonvolutions bien définies, la circonvolution de l'hippocampe (CH) et la circonvolution godronnée *(a, b, c, fig. 8)*.

Cette étude du cerveau du rat va permettre de comprendre dès la première inspection les dispositions en apparence énigmatiques des deux formations ammoniques chez le lapin, au-dessous du corps calleux, telles qu'elles sont représentées dans la *figure* 9. Ici le corps calleux est occupé sur toute sa face inférieure par deux épaisses couches grises qui sont pour le moins aussi volumineuses que les masses corticales développées au-dessus de lui. De ces couches, l'une est supérieure (C H) et continue d'un côté à l'autre ; on reconnaît en elle les deux circonvolutions de l'hippocampe (celle de droite et celle de gauche), qui se sont soudées sur la ligne médiane, et, en passant en revue, des séries de coupes échelonnées d'avant en arrière, on saisit toutes les phases de cette soudure; l'autre est inférieure et ne forme pas une couche continue, quoique ses moi-

tiés droite et gauche arrivent en contact; on reconnaît en elle la circonvolution godronnée, dans laquelle on retrouve le *stratum granulosum* (*b*, *b*) caractéristique, et c'est précisément parce que le stratum de droite et celui de gauche ne se continuent pas l'un avec l'autre, mais se regardent par leur bord interne convexe, que, quel que soit le contact intime des deux circonvolutions godronnées, nous pouvons les considérer comme non soudées ensemble, à l'inverse de ce qui arrive pour les circonvolutions de l'hippocampe dont les *stratum radiatum* se continuent de l'un à l'autre. Ces deux circonvolutions (la godronnée et celle de l'hippocampe) sont séparées par une mince zone (*e*), dans laquelle on trouve de nombreux vaisseaux, et qu'on reconnaît facilement, malgré son étroitesse, comme représentant le sillon qui sépare (*fig.* *7* et *8*, *e*) la circonvolution de l'hippocampe de la circonvolution godronnée. — Pour compléter cette description des hippocampes chez le lapin, il est à peine besoin de désigner, sur la *figure* 9, le corps bordant en CB et la cavité du ventricule en V.

C'est sur la corne d'Ammon du lapin qu'a été publiée la première et la seule monographie consacrée à la formation ammonique: nous voulons parler de la thèse de G. Kupffer[1]. Cet auteur étudie d'abord le développement de la formation ammonique, et émet à

[1] Gust. Kupffer. — *De Cornus Ammonis textura desquisitiones præcipue in cuniculis institutæ.* Dorpati, 1859. Pour ce qui est des auteurs antérieurs et des passages dans lesquels ils ont fait allusion d'une manière plus ou moins étendue à la formation ammonique, voyez: Vicq d'Azyr, *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1844, p. 312. — Wenzel : *De penitiori cerebri structura.* Tubingen, 1812, p. 134. — Treviranus, *Untersuchungen üb. Bau des Gehirns*, Bremen, 1820, p. 130. — Wolkmann, *Anatomia animalium.* Leipzig, 1831, p. 53.

ce sujet des vues fort justes, sur lesquelles nous aurons à revenir. Quant à la disposition des parties chez l'animal adulte, Kupffer les décrit d'une manière singulièrement compliquée; car, sans tenir compte de ce que l'embryologie lui a montré dans cette formation deux lamelles distinctes (nos deux circonvolutions, l'une de l'hippocampe, l'autre godronnée), il énumère de haut en bas les différentes couches; il en compte sept qu'il décrit laborieusement, sans même tenir bien compte de ce qu'une même couche, par le fait de la courbe qu'elle décrit (par exemple, le stratum granulosum) se présente deux fois. Cependant son étude est très complète, surtout lorsqu'il s'attache à la couche qu'il nomme *stratum granulosum* et qui depuis a conservé ce nom. Kölliker avait déjà signalé cette couche : « La corne d'Ammon et l'ergot de Morand, disait-il dès 1850[1], reproduisent le type des autres circonvolutions, si ce n'est que dans la substance grise de la corne d'Ammon on trouve une couche particulière de cellules rondes, dépourvues de prolongements et étroitement pressées les unes contre les autres. » Kupffer indique combien cette couche se teint énergiquement par le carmin[2], et il décrit comment elle coiffe, sur une coupe, le stratum cellulosum (le stratum radiatum des grandes pyramides) qui vient se terminer dans ce qu'il appelle le *folium inferius cornus ammonis* (circonvolution godronnée). Aussi ses dessins, tout en reprodusiant l'apparence d'enroule-

[1] Kölliker, — *Mikroscop. Anatomie*, Leipzig, 1850, t. II, p. 471.

[2] « Hoc stratum, si segmentum, antiquam microscopio submittas, Ammonio coccico tractaveris, colore intense rubro imbutum plane a reliquis distinguitur. » (*Op. citat.*, p. 22.)

ment de l'écorce, à peu près comme tous les auteurs classiques se sont plu à le figurer, sont accompagnés d'explications qui en donnent l'interprétation exacte, à peu près telle que nous l'avons donnée précédemment. (Au lieu de parler de deux circonvolutions Kupffer parle de *deux feuillets.*)

Arndt ne fait guère que reproduire la description de Kupffer en la simplifiant, et en insistant sur les rapprochements à faire entre la formation ammonique et le reste de l'écorce grise[1]. Ainsi que Kölliker[2] il considère les éléments du stratum granulosum comme des cellules nerveuses. Depuis cette époque, la formation ammonique a été étudiée chez les rongeurs par Stieda, qui a très nettement interprété les dispositions que présentent les parties sous-calleuses chez le lapin; pour désigner les deux circonvolutions que nous avons décrites, il emploie les expressions de *lamina superior* (circonvolution de l'hippocampe) et de *lamina inferior* (circonvolution *godronnée*).

3° *Taupe et chauve-souris.* — Nous avons donné (Pl. III, *figures 10* et *11*) le dessin de la formation ammonique chez deux autres petits mammifères, pour montrer combien cette formation est relativement volumineuse sur les encéphales de très petites dimensions.

Le cerveau de la taupe est représenté dans la *fig. 10* d'après une coupe horizontale (qui comprend en avant

[1] Arndt. - *Studien über die Architecktonik der Gehirnrinde.* (*Arch. f. Mikr. Anat.*, Bd III, p. 441, Bd IV, p. 407, et Bd. V, p. 317.)

[2] Kölliker.—*Gewebelehre*, 1867, page 306.

[3] L. Stieda.— *Studien über das centrale Nervensystem der Wirbelthiere.* Leipzig, 1870.

jusqu'au lobe olfactif, *Ol.* On trouve, en V, la cavité des ventricules, et en *a, b, c* la circonvolution godronnée, toujours bien caractérisée par son *stratum granulosum* (en *b*): le profond sillon *e* la sépare du reste de l'écorce, dont la partie la plus voisine (CH) est évidemment l'homologue de la circonvolution de l'hippocampe des animaux à circonvolutions externes.

Enfin l'encéphale de la chauve-souris *(fig 11)* remarquable par ses dimensions exiguës (remarquer que la *figure 11* est faite à un grossissement de 16 fois, et la *figure 10* à un grossissement de 7 fois seulement) et à peu près complétement lisse, nous donne la démonstration la plus évidente de cette loi précédemment indiquée, à savoir que les hémisphères, en apparence les plus lisses, sont cependant pourvues, à leur face interne, d'une belle circonvolution séparée du reste de l'écorce par un profond sillon. On voit sur la *figure 10* que l'aire de la formation ammonique est, sur une coupe horizontale, presque égale à l'aire de tout le reste de l'écorce.

Si donc cette région de l'écorce conserve chez tous les mammifères une délimitation si exacte, avec une particularité de structure si caractéristique, elle mérite plus que toute autre, au point de vue anatomique, le nom d'*organe cortical*, et il n'est guère possible de douter qu'une *fonction* soit *localisée* dans cet organe. Reste donc à chercher sa signification physiologique. C'est une question que nous n'aborderons pas ici, et qui doit être résolue par l'anatomie comparée et par l'expérimentation. Nous ferons seulement remarquer que l'anatomie a déjà désigné cette partie comme correspondant très probablement aux fonctions olfactives,

et, en effet, tous les auteurs admettent qu'une des racines blanches du bulbe olfactif vient se terminer dans la circonvolution de l'hippocampe en formant la couche blanche superficielle de cette circonvolution, le *subiculum* (voy. entre autres Huguenin, *Op. cit.*, page 132). Or, si la formation ammonique est en rapport avec l'olfaction, comme les vertébrés autres que les mammifères sont doués de l'olfaction, le but principal que nous devrons nous assigner dans les recherches à ce sujet, sera de trouver chez les oiseaux, les reptiles, les poissons, etc., une partie cérébrale qui rappelle par sa *forme* ou au moins par ses *dispositions* l'hippocampe des mammifères. Il n'y a guère à espérer de trouver chez les vertébrés autres que les mammifères une partie cérébrale qui reproduise la forme de la corne d'Ammon, car l'anatomie descriptive comparée de l'encéphale est faite depuis longtemps d'une manière assez complète, et rien de ce genre n'a été signalé. Mais l'anatomie microscopique comparée est encore en grande partie à faire, et il sera possible que, sur une écorce cérébrale uniforme en surface, on trouve, en une région, une couche interposée, reproduisant la disposition du *stratum granulosum* : cette région pourra être alors considérée comme l'analogue de la circonvolution godronnée et par suite nous indiquera la partie qui représente un hippocampe. Si, en effet, par exemple dans la *figure 10*, nous supposons effacé le sillon qui sépare la partie CH des parties *a*, *b*, *c*, il n'y aura plus alors, au point de vue de la forme de l'écorce, une véritable circonvolution godronnée; et cependant, par le fait de la présence de la couche *b*, il serait impossible de ne pas reconnaître l'existence

de l'organe cortical correspondant à cette circonvolution.

Nous arrivons donc à cette conclusion, à ajouter à celles formulées par anticipation (voir ci-dessus) à savoir que le *stratum granulosum* est la partie la plus essentielle, caractéristique de la formation ammonique, partie qui permettra de reconnaître, dans les hémisphères les plus simples, les régions homologues de la formation ammonique alors même que celle-ci ne présentera ni circonvolution de l'hippocampe, ni même de circonvolution godronnée extérieurement dessinée.

Comme on le voit, la présente étude demande à être continuée par un vaste complément d'anatomie comparée; mais même pour ce qui est de l'encéphale de l'homme et des mammifères, il est plusieurs questions auxquelles nous avons fait à peine allusion ou qui restent encore à aborder : nous proposant d'en faire l'objet de prochaines études, nous devons seulement les signaler ici, car, par leur énoncé même, elles doivent être rapprochées des questions sur lesquelles nous sommes arrivés à conclure. — Comment se comporte la formation ammonique à son extrémité toute antérieure, c'est-à-dire au niveau de ce qu'on appelle le *crochet* de la circonvolution de l'hippocampe? Avec quoi se continue la branche interne de ce crochet? Avec le corps bordant, ou avec le corps godronné? — Quelles sont, dans leurs détails, les connexions exactes des tractus olfactifs avec la formation ammonique? A quelles formations faut-il donner le nom de *circonvolution limbique*?

IV. *Développement de la corne d'Ammon.*

Le développement de la corne d'Ammon a été, dans ses principaux détails, très nettement suivi par Kupffer; nous analyserons plus loin le court passage où cet auteur formule ses observations. Mais Kupffer avoue n'avoir pu saisir le mode de développement des plexus choroïdes[1], et nous avons vu que la disposition de ces plexus est une question intimement liée à l'étude du corps bordant. Dans les divers ouvrages où l'évolution des vésicules cérébrales est aujourd'hui traitée d'une manière si complète (voy. plus particulièrement Mihalkowitz et Kölliker), les détails relatifs à la formation ammonique et aux plexus sont épars, donnés souvent d'une manière accessoire et avec diverses lacunes, de sorte qu'il nous a paru nécessaire de reprendre cette étude à notre point de vue spécial; nous trouverons ainsi la confirmation la plus complète des conclusions auxquelles nous sommes précédemment arrivés.

Cette étude se bornera à une explication raisonnée des six figures de la Pl. IV, représentant toutes des coupes horizontales antéro-postérieures d'encéphales d'embryon; nous n'avons pu disposer d'embryons de lapins pris à toutes les périodes du développement,

[1] Kupffer. *Op. cit.*, page 9 : « Proxime ante plicam, cornu Ammonis formantem, apud embrya variæ œtatis fissuram in hémisphérii pariete invenimus per quam pia mater et vasa sanguifera ventriculi lateralis cavum adhuc amplum intrant. Quœ fissura, utrum inde a primo évolutionis initio in vesiculæ cerebri pariete exstet, an nonnisi plica formata oriatur, constituere non possum, quia embrya e primis evolutionis périodis in promptu non habui. »

c'est pourquoi les premiers stades sont figurés d'après des encéphales de mouton, et les suivants d'après des encéphales de rongeurs; mais la série nous paraît avoir été, dans ces conditions, suffisamment démonstrative.

La *figure 12* représente la coupe d'un encéphale de mouton qui mesurait 16 millimètres de la tête à l'origine de la queue : les vésicules des hémisphères sont déjà bien formées, en avant et sur les côtés de la vésicule cérébrale moyenne, de sorte que la cavité des ventricules latéraux (1, 1,) communique avec la cavité du futur troisième ventricule (2) par une large fente, la fente de Monro (qui se réduira plus tard à son extrémité toute antérieure, sous le nom de trou de Monro, si toutefois il reste encore chez l'adulte une partie perméable de cette fente)[1]. Tandis que la paroi antéro-latérale du ventricule latéral (ou ventricule des hémisphères) est déjà épaisse, ce qui correspond au développement du corps strié, ainsi que nous l'avons indiqué ailleurs[2], leur paroi postérieure est mince, fragile et présente des plis plus ou moins réguliers, destinés à disparaître par les progrès du développement, c'est-à-dire à mesure que croît l'épaisseur et la consistance de cette paroi. Cependant, de ces replis, que Kölliker appelle primitifs ou transitoires, l'un est destiné à persister en s'exagérant : c'est celui qui, sur la paroi interne de l'hémisphère (*fig. 12*, P), est situé immédiatement en arrière de la fente de Monro : déjà, à cette époque,

[1] Voyez à ce sujet notre communication à la Société de biologie, 14 juin 1879. (*Des plexus choroïdes et des trous de Monro.*)

[2] Voyez Société de biologie, 21 juin 1879 : *Le développement de la région lenticulo-optique dans le cerveau humain.*

les vaisseaux, développés dans le feuillet moyen, se sont accumulés en abondance dans ce pli, et refoulent de plus en plus la mince paroi cérébrale vers la cavité du ventricule. Ainsi vont se former les plexus choroïdes. C'est ce qu'on voit dans la *figure 13* (mouton, long. 21 millimètres) : ici la paroi cérébrale a gagné en épaisseur; ses sillons transitoires ont presque disparu, excepté celui qui était immédiatement en arrière de la fente de Monro (F), lequel s'est développé au point de représenter une véritable invagination de la paroi cérébrale en elle-même, c'est-à-dire de former une sorte de bourse renfermant les plexus choroïdes et dont l'ouverture dirigée en dedans et en avant est limitée par deux lèvres, l'une antérieure qui forme la limite postérieure de la fente de Monro, l'autre postérieure qui se continue avec la paroi interne et postérieure de l'hémisphère.

C'est sur cette dernière portion de la paroi cérébrale, c'est-à-dire contre la lèvre postérieure de l'orifice donnant accès dans la bourse qui renferme le plexus choroïde, que nous allons voir se former la corne d'Ammon, par un procédé très simple, par l'apparition d'un sillon séparant deux parties saillantes, deux circonvolutions. En effet, déjà dans la *figure 14* (embryon de lapin long de 17 millimètres), on voit en ce point (en X) la paroi cérébrale, demeurée relativement mince, présenter un plissement qui prélude pour ainsi dire à cette formation. (Le reste de cette figure reproduit à peu près les détails de la *figure 13*, et montre que nous pouvons emprunter les éléments de cette étude successivement aux embryons de mouton et aux embryons de lapins). Mais dans la *figure 15* le sillon en

question est très nettement indiqué (en Y) ; il contient de nombreux vaisseaux, ou, pour mieux dire un prolongement de la pie-mère, car dans les éléments du feuillet moyen se sont produites les différenciations et stratifications qui conduisent à la formation des enveloppes cérébrales. En avant de ce sillon est une véritable circonvolution, qui sera la circonvolution godronnée (le corps godronné avec le corps bordant). En arrière est une partie de la paroi cérébrale qui formera ce qui, chez les rongeurs, est l'homologue de la circonvolution de l'hippocampe. Que le sillon en question se rétrécisse par accroissement en volume de la circonvolution godronnée, que dans celle-ci la différenciation des éléments anatomiques amène la production d'un stratum granulosum, et qu'en même temps sa partie la plus voisine de la fente de Monro ne donne lieu qu'à de la substance blanche, et nous aurons dès lors la formation ammonique telle qu'on la trouve chez les rongeurs à l'état adulte.

C'est ce que montre les *figures 16* et *17*. — Sur la *figure 16* (lapin presque à terme) la circonvolution godronnée s'est épaissie en même temps que sa partie toute antérieure, se transformant uniquement en substance blanche, a donné naissance au corps bordant. On voit de plus que l'épaississement de cette circonvolution godronnée est due surtout à l'augmentation de sa couche superficielle (*a*) dans laquelle va apparaître le *stratum granulosum*. — Sur la *figure 17* (lapin à terme) ce stratum est apparu (en *b*), et il nous paraît inutile de donner de cette figure toute autre description et explication, mais simplement de prier le lecteur de la comparer avec la *figure 8* de la Pl. III.

L'embryologie vient donc absolument à l'encontre de l'opinion que nous avons précédemment combattue, à savoir que le corps godronné serait une chose à part, logée dans la concavité de la formation ammonique (voy. les citations d'auteurs ci-dessus page 9); elle montre que le corps godronné n'est que la circonvolution antérieure (ou supérieure, ou inférieure, selon qu'on considère l'une des branches ou la partie moyenne du fer à cheval) d'un ensemble constitué par deux circonvolutions que sépare un sillon. Cette démonstration, empruntée à l'embryologie, n'était pas inutile, car les auteurs antérieurs à Kupffer avaient précisément cherché à confirmer la conception classique par l'étude du développement (Arnold)[1]. Kupffer, au contraire, a constaté que le rétrécissement du sillon est dû simplement à l'accroissement en épaisseur de l'un des plis qui le limite et, quoiqu'il n'ait peut-être pas tenu assez compte de ce fait lorsqu'il a classé les couches qu'on trouve dans la formation ammonique (voy. ci-dessus page 23), il l'a, au point de vue purement embryologique, exprimé avec une telle clarté que nous devons reproduire ici ce court passage de sa monographie : « Prœparatis certior factus sum, dit-il (page 9), plicam, antea apertam, eo impleri quod ambo folia crassiora fiunt. Qui processus cum evolutione progrediente parietis ventriculi lateralis omnino congruit, neque, ut Arnoldus censere videtur eo perficitur, quod novœ formationes extrinsecus in sulcum sese immittant. »

[1] Arnold (*Handbuch der Anatomie des Menschen*, t. II, p. 769) dit : « Das Ammonshorn hat beim Fœtus in 4 Monat dieselbe Bildung wie die Vogelklaue, d. h. es ist eine blosse Einbiegung eines Gyrus in das weite Unterhorn ohne Füllung. Letzere, welche durch die zweite Markschichte und die gezähnelte Binde gebildet wird, kommt ers später zum Vorschein. »

Nous terminerons en faisant remarquer combien l'embryologie confirme ce que nous avons dit des rapports des plexus choroïdes avec la cavité des ventricules : de par leur mode de formation, ces plexus sont toujours en dehors des cavités cérébrales, c'est-à-dire qu'ils ne viennent se loger dans les ventricules qu'en repoussant devant eux la paroi cérébrale et non en la perforant; et cela est ainsi non seulement pour les ventricules latéraux, mais encore pour la toile choroïdienne et le troisième ventricule, pour les plexus choroïdes inférieurs et le troisième ventricule. Au niveau de ce dernier, la paroi amincie, qui passe comme un voile au-dessus de la fosse rhomboïdale, peut se perforer d'une manière plus ou moins normale et telle est l'origine du trou de Magendie, sur l'existence duquel ont eu lieu dans ces derniers temps de nombreuses discussions[1] : ce trou est toujours accidentel; nous ne voulons pas dire par là qu'il soit toujours produit par violente déchirure au moment où est extrait l'encéphale, mais seulement qu'il n'existe pas primitivement, qu'il se forme par amincissement extrême de la membrane, et qu'il n'a dans son existence et sa disposition rien de plus constant que par exemple les ouvertures fenêtrées qui, d'une manière irrégulière, peuvent se présenter sur l'épiploon ou les lames mésentériques de certains animaux.

Pour ce qui est en particulier des plexus choroïdes et des ventricules latéraux, nous ne pensons pas que

[1] Voyez Marc Sée. — *Sur la communication des cavités ventriculaires de l'encéphale avec les espaces sous-arachnoïdiens.* (*Revue mensuelle*, 1878, page 424, et 1879, page 295). — Voyez aussi les communications de M. Bochefontaine à la Société de biologie, avril 1879.

jamais une perforation de ce genre se produise; les ventricules des hémisphères resteraient donc toujours complétement clos. Aussi, quand on injecte les espaces sous-arachnoïdiens, ne voit-on pas réellement le liquide, à moins de ruptures violentes, pénétrer dans la cavité ventriculaire. Les résultats obtenus par H. Quincke sont démonstratifs à ce sujet: sur des animaux vivants, cet expérimentateur injectait du vermillon émulsionné (vermillon très fin, broyé avec une solution de sucre) dans l'espace sous-arachnoïdien, au moyen d'une canule pointue. Quatre fois la matière colorante fut trouvée dans les plexus choroïdes; jamais elle ne fut rencontrée à l'état de liberté dans les ventricules. (Voy. M. Sée, *Op. cit.*, page 300.)

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I.

Fig. 1. — Coupe transversale de l'encéphale de l'homme au niveau des corps genouillés; — *CO*, couche optique; *CC*, corps genouillés; — *V*, cavité du diverticule sphénoïdal du ventricule latéral; — H, saillie blanche intra-ventriculaire de la corne d'Ammon; — CH, circonvolution de l'hippocampe (2e circonvolution temporo-occipitale). Grossis. 3 fois.

Fig. 2. — La corne d'Ammon de la figure précédente grossie 10 fois. — H, saillie intra-ventriculaire de la corne; — *CB*, corps bordant; — *PC*, plexus choroïdes; — *X*, entrée de la pie-mère dans le repli mésentériforme; — O, subiculum; — *e*, entrée du sillon qui sépare la circonvolution de l'hippocampe de la circonvolution godronnée; — *a*, couche de substance amorphe; — *b*, stratum granulosum; — *c*, stratum radiatum; — *d*, couches des cellules nerveuses étoilées; — *f*, couche de substance blanche médullaire.

PLANCHE II.

Fig. 3. — Coupe transversale de la corne d'Ammon d'un singe cynocéphale (Grossiss. 12 fois). — Lettres comme pour la figure 2.

Fig. 4. — Idem chez un singe cébien (Grossiss. 6 fois). — Lettres

comme précédemment; de plus : — *Cp*, corps calleux; — *CC*, circonvolution du corps calleux ou *gyrus fornicatus*; — *h*, bandelette du trigone.

Fig. 5. — Coupe de la moitié inférieure, et *figure* 6 coupe de la moitié supérieure (sous-calleuse) de la corne d'Ammon du mouton. — Lettres comme ci-dessus.

PLANCHE III.

Fig. 7. — Rat; coupe horizontale; grossiss. 8 fois; lettres comme ci-dessus.

Fig. 8. — Rat; coupe verticale; idem.

Fig. 9. — Lapin; coupe transversale. Grossiss. 5 fois et demi. Les portions sous-calleuses des deux cornes d'Ammon sont soudées sur la ligne médiane; *V*, cavité de l'hémisphère; — *CC*, partie corticale homologue du gyrus fornicatus; — *Cp*, corps calleux; — *CH*, circonvolution de l'hippocampe; *b*, *b*, stratum granulosum de la circonvolution godronnée; — *e*, sillon qui sépare la circonvolution godronnée d'avec la circonvolution de l'hippocampe; *CB*, corps bordant.

Fig. 10. — Taupe; coupe horizontale, grossiss. 7 fois. Lettres comme ci-dessus.

Fig. 11. — Chauve-souris; coupe horizontale. Grossiss., 16 fois. Lettres comme ci-dessus.

PLANCHE IV.

Développement de la corne d'Ammon et des *plexus choroïdes.*

Fig. 12. — Coupe horizontale de l'encéphale d'un embryon de mouton long de 16 millimètres. — 1, cavité des hémisphères (ventricules latéraux); — 2, cavité de la couche optique (3e ventricule); 3, cavité des tubercules quadrijumeaux; — *CS*, corps strié; — *pm*, pie-mère en voie de formation; — *P*, plexus choroïdes.

Fig. 13. — Même coupe, mouton long de 21 millimètres. Lettres comme ci-dessus, de plus *F*, fente de Monro.

Fig. 14. — Coupe horizontale de l'encéphale d'un embryon de lapin, long de 17 millimètres; lettres comme ci-dessus; — *X*, lieu de la formation de la corne d'Ammon.

Fig. 15. — Embryon de lapin, long de 36 millimètres; — *y*, vaisseaux placés dans le sillon qui sépare deux plis, lesquels vont former les deux circonvolutions de la corne d'Ammon.

Fig. 16. — Lapin presque à terme, et *Figure* 17, lapin à terme. Lettres comme dans les figures de la PLANCHE III. (Comparez notamment avec la *Figure* 8).

DE LA STRUCTURE DU NERF AUDITIF;

Par le Dr Alp. ERLITKY (de Saint-Pétersbourg).

Le nerf auditif, l'un des plus courts des nerfs crâniens, prend naissance, comme on le sait, dans le bulbe rachidien au moyen de plusieurs racines, et de plusieurs noyaux d'origine. Pour ce qui est de ces derniers, quoique presque tous les auteurs s'accordent à leur reconnaître la même origine, quelques-uns cependant les désignent par différentes dénominations, circonstance qui ne contribue guère à éclaircir une question assez compliquée par elle-même. Voyons un peu les aperçus des auteurs à ce sujet.

Huguenin[1] reconnaît au nerf auditif trois noyaux d'origine : un antérieur, un interne et un externe. Le noyau antérieur siège dans les couches superficielles de la protubérance et du corps restiforme, immédiatement à l'entrée du nerf auditif dans ces parties. D'après Huguenin, c'est la région supérieure de ce ganglion, précisément dans celle qui se localise dans la protubérance, que prend naissance le nerf intermédiaire de Wrisberg. Le noyau interne occupe toute la largeur du plancher du quatrième ventricule, au niveau des stries acoustiques. Le noyau externe se place en

[1] G. Huguenin. — *Allgemeine Pathologie der Krankheiten des Nerven systems*. Zurich, 1873.

dehors du précédent, dans le segment interne des pédoncules cérébelleux.

Krause [1] reconnaît au nerf auditif quatre racines, et pour chacune d'elles, un noyau d'origine.

Le noyau latéral des racines postérieures se trouve, d'après cet observateur, entre la partie supérieure et l'inférieure de ces racines, immédiatement à leur issue du corps restiforme. — *Le noyau médian des racines postérieures* occupe le plancher du quatrième ventricule, au niveau des stries médullaires. *Le noyau médian des racines antérieures* se place dans la partie interne du corps restiforme, et finalement, *le noyau latéral des racines antérieures* se localise dans la protubérance, à l'endroit où en émergent les racines nerveuses.

C'est précisément de ce noyau que tire son origine, d'après Krause, la portion intermédiaire de Wrisberg. C'est ainsi que le noyau latéral des racines postérieures, et le noyau latéral des racines antérieures de Krause, correspondent au noyau antérieur de Huguenin. Le noyau médian des racines postérieures correspond au noyau interne de Huguenin, et le noyau médian des racines antérieures au noyau externe de Huguenin.

Henle [2] désigne sous le nom de *noyau supérieur* du nerf auditif, celui que Krause appelle noyau médian des racines postérieures — noyau interne de Huguenin.

Le *noyau inférieur de Henle* correspond à ce que Krause désigne sous le nom de noyaux latéraux des

[1] W. Krause. — *Allgemeine und microscopische Anatomie.* Hannover, 1875.

[2] J. Henle. — *Handbuch der Nervenlehre des Menschen.* Braunschweig, 1879.

racines postérieures et antérieures — le noyau antérieur de Huguenin. Le *noyau latéral* de Henle équivaut, en partie, au noyau médian des racines antérieures de Krause, et au noyau externe de Huguenin.

Schwalbe [1] de son côté distingue trois noyaux d'origine au nerf auditif: son *noyau central* correspond au noyau médian des racines postérieures de Krause; son *noyau latéral* — au noyau médian des racines antérieures de Krause; son *noyau accessoire* — au noyau latéral des racines antérieures de Krause. Schwalbe affirme en plus, que des cellules ganglionnaires sont contenues dans le segment extérieur des racines postérieures. Quant aux relations intra-cérébrales du nerf auditif, on doit convenir qu'elles ne sont pas tout à fait éclaircies. Parmi les auteurs modernes, Meubel [2] fait ressortir, par exemple, la part éminente qu'un des fascicules du nerf auditif prend dans la formation des pédoncules cérébelleux supérieurs (Bindearm), tandis que Mathias Duval [3] insinue que quelques fibres des racines antérieures du nerf auditif se rendent dans le cervelet.

Le tronc du nerf auditif ainsi composé, donne naissance dans son parcours, entre le corps restiforme et le méat auditif interne, à un certain nombre de tubes nerveux très déliés, qui contribuent à la formation du nerf intermédiaire de Wrisberg. On observe quelquefois que le nerf en question est entièrement constitué

[1] G. Schwalbe. — *Lehrbuch der Neurologie;* Erlangen, 1880.

[2] *Berliner medicinische-psychologische Gesellschaft.* Sitzung vom 7 januar 1878. *Arch. fur Psych.* B-D : X. Heft : 2. 1880, s. 540.

[3] Mathias Duval. — *Sens de l'espace* (Société de biologie. Séance du 21 février 1880. *Progrès médical*, n° 9, 1880, p. 170.)

de filaments nerveux, émergeant en totalité du tronc du nerf auditif.

Les recherches microscopiques sur ce tronc chez l'homme m'ont amené à constater les deux circonstances suivantes : 1° le tronc du nerf auditif se compose de deux parties distinctes : une antérieure et inférieure; l'autre postérieure et supérieure. Ces deux faisceaux se distinguent par le caractère de leurs tubes nerveux.

2° Dans le tronc du nerf auditif, principalement dans la partie qui touche au corps restiforme, et plus rarement dans tout son parcours, jusqu'au méat auditif interne, se trouvent des îlots de substance grise, contenant des cellules nerveuses.

Pour le tissu réticulaire, aussi bien que pour les cellules nerveuses revêtues de membranes, ces îlots sont identiques à la substance grise de la moelle épinière, ainsi qu'aux ganglions cérébro-spinaux.

Horbaczewski [1] (v. Henle, *loc. cit.*, p. 461) distingue deux espèces de fibres nerveuses, dans le nerf auditif de la brebis et du cheval, notamment : les fibres du nerf cochléaire plus grêles, et les fibres du nerf vestibulaire plus volumineuses.

Axel Key et Gustave Retzius [2] ont obtenu deux espèces de fibres nerveuses, par voie de dissociation du nerf auditif, ce dont ils publient un dessin (Pl. I, *fig.* 23-24 de leur travail.) Ils ne disent pas cependant, si ces deux espèces de fibres furent prises au même endroit du nerf auditif, ou bien à des niveaux divers de son parcours.

[1] *Wiener Sitzungsberichte.* 1875, april.

[2] Axel Key und Gustav Retzius. — *Studien in der anatomie des* Nerven-*systems und des Bindegewelbees; Zweite Halfte* s. g. Stockolm, 1876.

De notre côté, voici ce que nous avons pu constater: les couches transversales du nerf auditif, préalablement durci dans du bichromate de potasse, avec addition de sulfate de cuivre [1], furent d'abord pratiquées à l'endroit de son issue du corps restiforme, et traitées par le carmin. Examinées au microscope, ces coupes présentèrent le tableausuivant:

La portion moindre de la coupe, correspondant au faisceau du nerf localisé à la région supérieure et postérieure présentait de gros tubes médullaires avec de larges cylindres d'axe bien distincts. Ces tubes nerveux, d'égale dimension, alignés l'un près de l'autre, atteignaient à peu près la grosseur des nerfs moteurs craniens, nerfs pathétique et moteur de l'œil, ou bien encore le volume des racines antérieures des nerfs spinaux. Le tissu conjonctif, formant le périnèvre, et l'endonèvre, se présentait en forme de trabécules et de faisceaux parcourant par endroits la coupe transversale du nerf et contenant des fibres nerveuses transverses, ainsi que des vaisseaux sanguins. Le tissu conjonctif contenait également un petit nombre de cellules étoilées et de noyaux.

Des fibres nerveuses fraîches, prises en cet endroit, furent soumises à l'action de l'acide osmique et du picrocarminate, et dissociées ensuite. Elles ne présentèrent cependant rien de caractéristique, si ce n'est une fragilité excessive. Leur grosseur est inférieure, à très peu de chose près, à celle des fibres des racines antérieures de la moelle épinière. Ces tubes nerveux sont assez uniformes (Pl. V, *fig. 2*), possèdent des noyaux granuleux

[1] A. Erlitzky. — *Progrès médical*, n° 39, 1877.

dans la gaîne de Schwann, disposés au centre de segments de longueur moyenne, entre deux étranglements. Les segments cylindro-coniques occupent leur place habituelle. A de rares intervalles, on rencontre, parmi ces tubes médullaires, des tubes de myéline excessivement déliés et des fibres de Remak.

La seconde portion occupe une plus grande étendue de la coupe transversale du tronc nerveux pratiquée à son émergence du corps restiforme, et correspond à la partie inférieure et antérieure du nerf. Elle se compose de fibres nerveuses plus grêles et plus fines, et en contient même d'excessivement déliées. Dans bon nombre de ces fibres, les cylindres d'axe ne se colorent pas par le carmin (Pl. V, *fig. 3*) et ne se reconnaissent guère que sous l'aspect de points noirs, au centre de la couche jaunâtre et mince de myéline qui les entoure.

L'aspect général de la coupe transversale du nerf auditif, dans cet endroit, offre une certaine ressemblance avec les coupes analogues du trijumeau et du pneumogastrique. A cette portion de la coupe, le tissu conjonctif diffère tant soit peu d'avec la précédente. Les cloisons et les faisceaux en sont plus courts et ne contiennenent guère de fibres transversales. Ces trabécules du tissu conjonctif, tout en étant plus courtes, n'en sont pas moins épaisses, et par endroits contiennent des vaisseaux de calibre assez fort. Les cellules étoilées s'y rencontrent en grande quantité; elles se présentent éparses aussi bien que sous forme d'amas. Les noyaux du tissu conjonctif abondent également.

Pour ce qui est des fibres nerveuses de cette portion du nerf, à l'état dissocié et traitées par l'acide osmique

et le picrocarminate, elles présentent un aspect très différent des tubes médullaires de la portion précédente. Ce sont des fils assez déliés et fins, revêtus d'une couche circulaire de myéline très mince, qui ne présentent qu'à de rares intervalles des traces d'incisures dans les segments cylindro-coniques.

On ne saurait découvrir sur le parcours de ces fibres, ni des noyaux de la gaîne de Schwann, ni des étranglements, même lorsque l'on réussit à dissocier ces fibres sur une étendue assez considérable. En échange, ces fibres présentent le long de tout leur parcours de fréquents renflements (Pl. V, *fig. 4*) dus probablement aux cylindres d'axe ainsi qu'à leurs gaînes. La couche circulaire de myéline conserve la même épaisseur dans les renflements que dans les parties intermédiaires. Ces renflements affectent différentes formes et différents volumes. Cependant, la forme globulaire ou bien l'ovalaire sont celles qui prévalent.

Cette particularité des fibres que nous venons de mentionner, ainsi que leur tendance à former des enchevêtrements inextricables, rend leur dissociation extrêmement difficile. Parmi ces fibres nerveuses, ce n'est qu'exceptionnellement que je trouvai des tubes uniformes, à couche circulaire de myéline. Mais je n'eus jamais l'occasion d'y discerner des fibres de Remak.

Ces deux parties bien distinctes, trouvées dans le tronc du nerf auditif, correspondent, la première au faisceau du nerf vestibulaire, la seconde au faisceau du nerf cochléaire. Sur les coupes du tronc, pratiquées à son origine microscopique, ces deux parties ne diffèrent entre elles que par la nature de leurs fibres, et

par l'étendue qu'elles occupent; elles ne présentent aucune limite bien accusée. Mais, à mesure qu'on avance vers le méat auditif interne, en procédant successivement aux coupes du tronc nerveux, on trouve une cloison de tissu conjonctif de plus en plus accentuée, qui sépare les deux faisceaux de fibres nerveuses. Immédiatement avant l'entrée du nerf dans le méat auditif interne, cette cloison se renforce encore davantage, et sépare entièrement les deux faisceaux en deux nerfs bien distincts (Pl. V, *fig*. 5), d'un volume presque égal. Le faisceau supéro-postérieur se compose de tubes nerveux assez forts, quoiqu'un peu moins gros qu'à l'origine du tronc nerveux. Ces tubes médullaires ont un cylindre-axe nettement accusé par le carmin (Pl. V, *fig. 5*, A); à cet endroit, il n'y a plus de fibres nerveuses transversales.

Pour ce qui est du faisceau antérieur et inférieur, il se compose exactement, comme à son émergence du corps restiforme, de fibres nerveuses plus ou moins grêles, dont les cylindres d'axe ne se colorent pas au carmin. (Pl. V, *fig. 5*, B), et ne se distinguent que sous la forme de points foncés; souvent même, ils se dérobent à l'œil de l'observateur.

On doit mentionner ici que plusieurs physiologistes reconnaissent les doubles fonctions du nerf auditif. Ainsi, par exemple, Cyon[1] est de l'opinion que le « nervus cochleae » est le seul nerf auditif et que le « ramus vestibularis » transmet les impressions de l'espace. Cyon fait ressortir encore que ces résultats

[1] Elie Cyon. — *Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux semi-circulaires*, etc. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1878, p. 97-98.

des observations physiologiques sont parfaitement d'accord avec les données anatomiques, d'après lesquelles les fibres du nerf auditif ont deux différents aspects et deux différentes origines, ce qui a été constaté par le professeur Stieda (de Dorpat).

Dans les derniers temps, Mathias Duval[1] vient de confirmer aussi qu'il existe deux racines du nerf auditif bien distinctes et dont l'antérieure est, selon lui, la racine motrice et joue le rôle du nerf de l'espace, pour lequel les canaux demi-circulaires servent d'appareil périphérique.

Les coupes nombreuses du tronc du nerf auditif que nous pratiquâmes sur bon nombre de cadavres, nous présentèrent pour la plupart, à l'examen microscopique, des îlots de substance grise, avec des cellules ganglionnaires. Ce fait s'observe principalement, comme je l'ai dit déjà, dans la partie interne du nerf qui longe le corps restiforme. Néanmoins, il n'est pas rare de rencontrer de ces îlots sur des coupes, faites au niveau même de l'entrée du nerf dans le méat auditif interne. Dans la partie du tronc nerveux qui avoisine le corps restiforme, ces îlots occupent un espace plus vaste. Leur étendue diminue, à mesure qu'on approche du méat auditif interne.

Cependant on constate parfois une exception à cette règle, car il arrive de rencontrer, rarement il est vrai, des îlots plus vastes dans les parages du méat auditif interne, que dans ceux qui touchent au corps restiforme. Dans la grande majorité des coupes, on ne

[1] *Loco citato.*

rencontre dans chacune d'elles, qu'un seul îlot de substance grise (Pl. V, *fig.* 6). Mais il arrive quelquefois d'en trouver par deux, dans une même coupe (Pl. V, *fig.* 7). Dans ce cas, les îlots sont généralement plus petits. Il ne m'est jamais arrivé de voir plus de deux îlots dans une même préparation microscopique.

Ces îlots de substance grise se perçoivent facilement, même à l'aide d'un petit grossissement. Avec le système 4 de Hartnack, oculaire 3, on s'en rend parfaitement compte, surtout lorsqu'ils sont colorés au carmin. Leur vive coloration, et surtout celle des cellules ganglionnaires qui s'accentuent encore davantage, fait que les îlots se distinguent notoirement des tubes nerveux qui les entourent.

Au nombre d'un seul ou de deux, les îlots avoisinent toujours les tubes nerveux de plus fortes dimensions (Pl. V, *fig.* 6 et 7), autrement dit, se trouvent toujours dans le faisceau du nerf vestibulaire. Il arrive cependant que l'îlot s'approche plus ou moins du faisceau à fibres grêles (le nerf cochléaire); mais dans ce cas également, l'îlot se trouve entouré de fibres nerveuses plus grosses.

En observant de plus près la structure même de l'îlot, on s'assure qu'elle se compose d'un double réseau, à l'instar de la substance grise de la moelle épinière. L'un de ces réseaux est formé par le tissu conjonctif, fibrilles et tissu, finement grenu de Gerlach. Dans les cloisons conjonctives de ce réseau, on distingue des éléments cellulaires et des vaisseaux capillaires. Les interstices de ce réseau sont traversés par des fibres

nerveuses longitudinales éparses, en formant de mince faisceaux.

Le second réseau, dit nerveux, est constitué par de fibres nerveuses très grêles. Toute l'étendue du tiss est couverte de cellules ganglionnaires et de nombreu noyaux. Les cellules ganglionnaires, à protoplasma gra nuleux, contiennent de gros noyaux de forme globu laire ou ovalaire, renfermant des nucléoles (Pl. V, *fig.* 8) Les cellules ont pour la plupart deux prolongement et sont revêtues d'une membrane. Il est à remarque que les cellules ganglionnaires sont plus petites, toute les fois qu'on observe deux îlots dans la même coupe au lieu d'un seul, comme d'habitude.

En analysant de plus près la relation qui exist entre ces cellules ganglionnaires et les îlots eux-mêmes il est facile de s'assurer que ces cellules servent d ganglions ou noyaux, à des branches nerveuses trè fines, qui se détachent du nerf auditif pour se relie ensuite aux tubes nerveux plus gros (au nombre d'u ou de deux), qui forment le nerf intermédiaire d Wrisberg. Bien que les fibres de ce dernier prennen habituellement naissance dans le corps restiform même, il arrive cependant que ces fibres émergent d la partie postérieure supérieure du tronc du nerf au ditif, à l'égal des branches nerveuses très déliées qu nous venons de mentionner.

Chaque îlot de substance grise laisse échapper d longues traînées de tissu conjonctif, plus ou moin nombreuses, constituant des espèces de cloisons ou d trabécules, déjà notés (Pl. V, *fig.* 6 et 7). Ces dernier contiennent des fibres nerveuses transversales excessi vement déliées, qui atteignent jusqu'au bord de la su

face antérieure du nerf et servent d'origine aux branches nerveuses dont nous avons parlé.

Le nombre des branches nerveuses issues du nerf auditif, et concourant à la formation du nerf intermédiaire de Wrisberg est très variable, selon les individus. Leur nombre en est parfois très restreint. Il arrive de constater, que sur tout le parcours du tronc du nerf auditif, on ne voit pas s'en détacher une seule fibre nerveuse; dans ces cas-là, les coupes transversales, examinées au microscope, ne présentent pas la moindre trace d'un îlot de substance grise, ni de cellules ganglionnaires. Chez d'autres individus au contraire, on observe une grande quantité de fibres nerveuses très fines, se détachant du nerf auditif, tout le long de son trajet, depuis le corps restiforme jusqu'au méat auditif interne. Chaque coupe microscopique du nerf ne manque pas de contenir un îlot plus ou moins grand, voire même deux îlots, garnis de cellules ganglionnaires.

On en arrive ainsi à la conclusion, que la quantité et l'étendue des îlots de substance grise, avec leurs cellules ganglionnaires, contenus dans le tronc du nerf auditif (dans le faisceau vestibulaire), se trouve en relation directe avec le nombre et la capacité de fibres nerveuses qui se détachent de ce nerf, pour se confondre avec le nerf intermédiaire de Wrisberg.

Toutes les fois que la branche nerveuse la plus forte du nerf de Wrisberg provenait du tronc du nerf auditif, au lieu d'émerger du corps restiforme, l'îlot de subtance grise qui servait de ganglion à cette branche, occupait une assez vaste étendue; sur la coupe transversale du nerf auditif, on voyait l'îlot occuper presque

tout l'espace de la partie supérieure et postérieure du nerf, ne laissant tout autour que très peu de place, pour le passage des fibres nerveuses.

J'ai déjà fait observer que les grosses fibres nerveuses du faisceau postérieur et supérieur du nerf auditif, s'amincissaient légèrement en approchant du méat auditif interne, tout en conservant une différence marquée d'avec les fibres grêles du faisceau antérieur et inférieur. Notons que l'amincissement des fibres nerveuses en question commence exactement à partir de l'endroit où cesse l'émergence des fils nerveux qui se détachent du nerf auditif pour se confondre avec le nerf de Wrisberg. C'est aussi l'endroit où le nerf auditif cesse de présenter des îlots de substance grise, servant de ganglions aux fils nerveux.

Comme je l'ai dit ailleurs, cette particularité s'observe à différents niveaux du parcours du nerf auditif entre le corps restiforme et le méat auditif interne.

En se basant sur ces faits, il nous semble qu'aux noyaux connus du nerf intermédiaire de Wrisberg, le noyau latéral des racines antérieures du nerf auditif (Braule), le noyau antérieur de Huguenin, et le noyau accessoire de Schwalbe, on pourrait encore ajouter les ganglions microscopiques localisés dans le tronc du nerf auditif que nous venons de décrire.

Rien de nouveau, que les cellules ganglionnaires, c'est-à-dire les ganglions ou noyaux respectifs qu'on trouve sur le parcours des fils nerveux. Sans nous arrêter aux ganglions microscopiques nombreux, tels que le ganglion de Gasser, les ganglions géniculés, le

ganglion jugulaire, le ganglion pétreux, les ganglions des nerfs sympathiques, rappelons-nous que Pouchet et Tourneux [1] citent des ganglions sur le trajet du nerf lingual, et sur les fibres grises du grand sympathique. Henle [2] affirme qu'on trouve un certain nombre de cellules nerveuses disséminées entre les fibres du nerf oculo-moteur. Hyrtl [3] prétend que « dans le méat auditif interne, le nerf auditif contient des cellules ganglionnaires, très faciles à découvrir chez le cheval et le veau, mais qu'on ne trouve qu'avec peine chez l'homme. » Stannius [4] a vu de nombreuses cellules nerveuses dans les branches du nerf auditif. Kœlliker [5] affirme avoir trouvé également parmi les fibres du nerf cochléaire et du vestibulaire, ainsi que dans le tronc du nerf auditif de l'homme et des mammifères, un grand nombre de cellules nerveuses bipolaires. Pierret [6] signale des amas de cellules ganglionnaires enclavées entre les tubes médullaires du nerf auditif. Cependant, aucun de ces observateurs ne donne d'explication, ni de plus amples détails anatomiques sur les éléments ganglionnaires.

Nous nous permettons de rappeler, comme nous l'avons déjà noté, que les auteurs s'accordent unani-

[1] Pouchet et F. Tourneux. — *Précis d'histologie humaine et d'histogénie.* Paris, 1878, p. 369.

[2] Henle, *loc. cit.*, p. 394.

[3] Joseph Hyrtl. — *Lehrbuch der Anatomie des Meuscheu de Wien* 1851, s. 620.

[4] Stannius. — *Gott. Nachr.*, 1851, p. 62.

[5] A Kœlliker. — *Handbuch der Gewebelehre des Menschen.* Leipzig, 1867, s. 730.

[6] A. Pierret. — *Contribution à l'étude des phénomènes céphaliques* *tabes dorsalis; symptômes sous la dépendance du nerf auditif.* (Rev *mensuelle*, n° 2, 177, p. 103.)

ment en reconnaissant pour noyau du nerf intermédiaire de Wrisberg (nerf qui sert de connexion entre l'auditif et le facial), un des noyaux localisés dans le bulbe rachidien et appartenant au nerf auditif (Huguenin)[1]; d'autres prétendirent qu'il ne faisait partie du nerf auditif qu'à son origine, et que dans son trajet ultérieur il appartenait au facial. (Krause[2] et Schwalbe[3]). Certains auteurs même révoquèrent en doute la réalité d'une connexion du nerf auditif avec le nerf facial par l'entremise du nerf intermédiaire de Wrisberg et l'envisagèrent comme illusoire. C'est ainsi que Rauber[4], et d'autres observateurs prétendent que les fibres nerveuses qui se détachent du nerf auditif et s'acheminent vers le nerf facial, et *vice versa,* n'atteignent pas jusqu'à la périphérie de ces nerfs, mais se perdent, après avoir parcouru une courte distance. Krause[5], de son côté, range le nerf intermédiaire de Wrisberg au nombre des nerfs de communication bien développés.

Ce fut Arnold[6] le premier qui insista sur une relation autrement réelle, existant entre le nerf auditif et le facial, dans le méat auditif interne. Cet auteur distingue une double relation entre ces nerfs. La première a lieu à la partie supérieure et interne, et se compose de quelques filaments grêles, se dirigeant du nerf facial au nerf vestibulaire. Cette communication a généralement lieu après l'entrée du nerf auditif dans

[1] Huguenin, *loc cit.*, p. 177.

[2] W. Krause. — *Handbuch der Anatomie, von Carl. Friedr. Theod. Krause* B. II. Hannover, 1879, s. 737.

[3] *Loc. cit.* s. 852.

[4] *Ueber d. sympath. Grenzstrang des Vagus*, s. 19.

[5] *Loc. cit.* Hannover. 1879, s. 738.

[6] *De parte cephalica sympathici.* Heidelberg, 1823, s. 3

le méat auditif interne; elle ne s'observe avant l'entrée que par voie d'exception. La seconde communication externe et inférieure se compose d'un ou de deux filaments excessivement déliés, reliant le ganglion géniculé, au renflement ganglionnaire, situé sur le nerf vestibulaire, et connu sous le nom d'intumescence ganglioforme de Scarpa. Plusieurs auteurs, au nombre desquels nous citerons Krause[1], partagent cette manière de voir d'Arnold.

Tout en observant : 1° que beaucoup de branches nerveuses, concourant à la formation du nerf intermédiaire de Wrisberg, prennent naissance dans les ganglions microscopiques enclavés dans le nerf auditif (faisceau vestibulaire); 2° que d'après Schwalbe[2] et plusieurs autres auteurs, le nerf intermédiaire de Wrisberg se relie définitivement au ganglion géniculé du nerf facial — il en ressortirait, comme nous nous permettrions de le supposer, — que la relation entre le nerf auditif et le nerf facial est beaucoup plus intime, qu'on ne l'avait supposé jusqu'à présent.

L'importance que peut avoir cette relation au point de vue physiologique en général, et particulièrement au point de vue du rôle que joue le nerf intermédiaire de Wrisberg, jusqu'à présent si négligé — ceci est une question d'avenir, que nous ne saurions décider actuellement. D'autant plus que les auteurs diffèrent singulièrement quant au rôle du nerf intermédiaire de Wrisberg. C'est ainsi que Claude Bernard[3] le classe au

[1] *Loc. cit.* Hannover. 1879, s. 856.
[2] *Loc. cit.* s. 853.
[3] Huguenin, *loc. cit.* s. 177.

nombre des nerfs vasomoteurs; Lussana[1] lui attribue des rameaux gustatoires se rendant dans la corde du tympan; Krause[2] le considère au point de vue de branche de communication avec le ganglion genouillé; Schwalbe[3], Arnold et Bischoff s'accordent à lui reconnaître le rôle de filet d'origine du ganglion genouillé, quoiqu'ils ne se décident pas à le classer au nombre des nerfs sensibles, en s'étayant du fait, que la physiologie du nerf intermédiaire de Wrisberg n'est rien moins qu'établie définitivement, au point de vue de la science.

EXPLICATION DE LA PLANCHE V

Fig. 1. — 3/7 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carminate. Faisceau postérieur supérieur montrantdes tubes nerveux à myéline volumineuse et presque égale avec des cylindres d'axes larges et colorés vivement.

Fig. 2. — 3/7 Hart. : Trois tubes nerveux à myéline du faisceau postérieur supérieur du nerf auditif soumis à l'action de l'acide osmipue à 1/2 pour 100.

Fig. 3. — 3/7 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carminate. Faisceau antéro-inférieur montrant des tubes nerveux de diverse dimension avec des cylindres d'axes sous l'aspect de petits points qui ne se colorent pas par le picro-carmin.

Fig. 4. — 3/7 Hart. : Deux tubes nerveux à myéline du faisceau antéro-inférieur du nerf acoustique soumis à l'action de l'acide osmique. Sur toute la longueur de ces fibres se présentent beaucoup de renflements de diverse forme. On ne reconnait pas les noyaux de la gaine de Schwann et des étranglements.

Fig. 5. — 3/4 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf anditif traitée par le picro-carmin montrant au milieu une large cloison conjonctive. A, Tubes nerveux avec des cylindres d'axes larges et colorés. B, Tubes nerveux avec des cylindres d'axes fins qui ne se colorent pas.

Fig. 6. — 3/4 Hart. : Coupe transversale du tronc du nerf auditif traitée par le picro-carminate. Faisceau postéro-supérieur montrant parmi

[1] *Archives de physiologie*, etc. 1869.
[2] *Loc cit.* Hannover, 1879, s. 738.
[3] *Loc cit.* s. 853.

des tubes nerveux volumineux un îlot de la substance grise avec beaucoup de cellules ganglionnaires vivement colorées. Il s'échappe de la substance grise des tabécules conjonctifs jusqu'au bord du nerf.

Fig. 7. 3/4 Hart. : Coupe transversale semblable de l'autre individu montrant deux ilôts de la substance grise avec des cellules ganglionnaires.

Fig. 8. 3/9 Hart. : Trois cellules ganglionnaires de la substance grise des ilôts mentionnés. On voit la membrane propre autour des cellules, protoplasma finement grenu, un grand noyau ovale avec un nucléole et des prolongements protoplasmatiques.

PATHOLOGIE MENTALE

INVERSION DU SENS GÉNITAL (*Conträre sexualempfindung.* Westphal.—*Perverted sexual Instincts.* Julius Krueg, — *Inversione dell'istinto sessuale.* Tomassia Ariggio.)

Par MM. CHARCOT et MAGNAN.

La perversion du sens génital s'associe à de nombreuses formes mentales, et depuis les naïves obscénités du vieillard en démence jusqu'aux hideuses profanations de cadavres de certains vésaniques impulsifs, il existe une longue série de faits qui, loin de constituer une forme mentale définie, ne sont que des symptômes de diverses maladies, dénotant chez l'individu l'affaiblissement ou la perversion des facultés morales ou affectives.

Mais il ne s'agit pas ici de ces perversions du sens génital qui souvent prennent leur source dans des troubles de la sensibilité générale, mais bien d'un ordre d'idées déterminé, dans lequel le fait étrange

dans notre civilisation est l'appétit génital pour le même sexe à l'exclusion de l'autre.

Sans doute, dans l'antiquité, nous trouvons les traces de ces amours contre nature, et bien des exemples d'amitié légués par le paganisme, ont pour fondement de honteuses promiscuités. Mais ce ne sont là, sans doute, que les dégradantes conséquences du relâchement des mœurs dans une société profondément viciée.

Des faits de ce genre à caractères absolument maladifs ont été rapportés par différents auteurs; toutefois, avant d'entrer dans le vif de la discussion, nous tenons à rapporter un exemple qui par sa simplicité, par la lucidité et le degré élevé de l'intelligence du sujet, met en relief, en accentuant fortement les ombres, les caractères principaux de cette singulière disposition morbide.

OBSERVATION I. — *Tendance névropathique des ascendants; disproportion entre l'âge du père et de la mère.— Inversion du sens génital : dès l'enfance, sensations voluptueuses, et depuis la puberté parfois éjaculation à la vue d'un homme nu, d'une statue d'homme nu ou du souvenir obsédant de ces images; — la femme nue laisse indifférent.— De 5 à 8 ans, propension au vol. — Habitudes d'onanisme jusqu'à 22 ans. — Attaques hystériformes à partir de 15 ans.*

Voici tout d'abord le récit fait par le malade lui-même des phénomènes bizarres qu'il éprouve et qu'il rapporte à ce qu'il appelle sa sensualité :

« Ma sensualité, dit-il, s'est manifestée dès l'âge de six ans par un violent désir de voir des garçons de mon âge ou des hommes nus. Ce désir n'avait pas grand'peine à se satisfaire, car mes parents demeuraient près d'une caserne et les soldats ne se gênaient pas pour laisser voir leurs parties viriles. Un jour, j'aperçus (j'avais peut-être huit ans) un soldat qui se masturbait; je l'imitai et j'éprouvai, à côté du plaisir de l'imagination qui s'arrêtait sur ce soldat, le plaisir physique d'un chatouillement très fort. Je continuai à me donner ce

plaisir, toujours en excitant mon imagination par le souvenir d'hommes nus. Mes parents quittèrent N... pour s'établir à B...; là, je vis que des soldats allaient se baigner dans une petite rivière très pittoresque ; ils se baignaient complétement nus ; j'imaginai pour pouvoir me satisfaire, d'aller m'asseoir au bord de la rivière et de dessiner le paysage ; de cette manière, je voyais les soldats, sans avoir l'air de les regarder. Vers l'âge de quinze ans, la puberté arriva ; ma masturbation me donna d'autant plus de satisfaction ; d'ailleurs, je provoquais l'érection et ses suites autant par l'imagination que par le mouvement ; il m'est arrivé plus d'une fois d'avoir l'érection, la convulsion amoureuse et la perte de sperme à la seule vue du membre viril d'un homme. La nuit, mon imagination travaillait et amenait les mêmes résultats. Je cessai absolument la masturbation à l'âge de vingt ans ; mais je ne suis jamais parvenu, malgré tous mes efforts, à arrêter les excitations de mon imagination ; les hommes jeunes, beaux et forts provoquent toujours chez moi une vive émotion ; une belle statue d'homme nu produit le même effet ; l'Apollon du Belvédère me fait beaucoup d'impression. Quand je rencontre un homme dont la jeunesse et la beauté provoquent ma passion, je suis tenté de lui plaire ; si je donnais libre carrière à mes sentiments, je lui ferais toutes les amabilités possibles, je l'inviterais chez moi, je lui écrirais sur du papier parfumé, je lui porterais des fleurs, je lui ferais des cadeaux, je me priverais de bien des choses pour lui être agréable. Jamais, je ne me laisse aller à tout cela, mais je sens très bien que je serais capable de le faire ; je dois vaincre le désir que j'éprouve d'agir ainsi. Je sais dominer les envies dont je viens de parler, mais je ne parviens pas à dominer l'amour lui-même ; cet amour heureusement ne me possède pas d'une manière continue ; je travaille et mes études me sont d'un grand secours contre les pensées sensuelles, mais souvent la sensualité l'emporte sur le travail et je suis arrêté au milieu de l'examen très approfondi d'une question, par la représentation soudaine d'un homme nu dans mon imagination. J'ai toujours lutté tant que j'ai pu contre cette sensualité ; je suis parvenu à empêcher beaucoup d'actes auxquels je me sentais poussé, mais je n'ai jamais pu éteindre la sensualité même. La suprême satisfaction de cette sensualité n'a jamais été que la vue de l'homme nu, surtout de la verge de l'homme ; je n'ai jamais ressenti le désir de pénétrer dans l'homme ou d'être l'objet

d'un homme. Regarder les parties génitales d'un homme beau et fort, tel a toujours été la volupté la plus grande pour moi.

Quant aux femmes, si belles qu'elles soient, elles n'ont jamais fait naître en moi le moindre désir. J'ai essayé d'en aimer une, espérant ainsi revenir à des idées naturelles ; malgré sa beauté, ses efforts, etc., je suis resté complètement froid et l'érection, si facile chez moi à la vue de l'homme, n'a pas même commencé. Jamais une femme n'a provoqué en moi la plus petite sensualité.

J'adore la toilette féminine ; j'aime à voir une femme bien habillée, parce que je me dis que je voudrais être femme pour m'habiller ainsi. A l'âge de dix-sept ans, je m'habillais en femme au carnaval et j'avais un plaisir incroyable à traîner mes jupes dans les chambres, à mettre de faux cheveux et à me décolleter. Jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, j'ai eu le plus grand plaisir à habiller une poupée ; j'y trouverais encore du plaisir aujourd'hui.

Les dames s'étonnent de me voir si bien juger du plus ou moins de bon goût de leurs toilettes et de m'entendre parler de ces choses, comme si j'étais femme moi-même.

L'amour que je ressens pour un homme passe vite ; dès qu'un autre homme, plus joli à mes yeux, se présente, la pensée du premier disparaît.

Les pertes nocturnes semblent ne plus être aussi fréquentes qu'il y a quelques mois : actuellement, il y a bien trois semaines que je n'en ai pas eu ; mais, je continue à avoir mes rêves ordinaires et à désirer toujours voir (rien de plus) des hommes nus.»

Tels sont décrits par le patient qui en a pleine conscience les caractères de l'obsession dont il ne peut s'affranchir.

Ce malade quel est-il ?

Au point de vue physique, cet homme, âgé de trente et un ans, est brun, grand, bien charpenté, il a le crâne régulièrement conformé, l'œil vif, le visage énergique et intelligent, malgré un léger prognathisme de la mâchoire inférieure et un développement assez considérable des oreilles. Il porte une moustache épaisse, bien plantée qui ne manque pas de lui donner une certaine allure martiale. Il se tient droit, la marche est ferme, même un peu raide et n'a rien de l'allure féminine ; il est d'ailleurs sexuellement très bien conformé ; le pubis est fourni de poils, les testicules et la verge offrent une conformation régulière, sans la moindre anomalie, il n'y a pas trace d'hypospadias.

Sous le rapport de l'intelligence, c'est un esprit cultivé, instruit, très érudit ; il a toujours travaillé, s'est tenu constamment au premier rang, et après de fortes études classiques a conquis rapidement les grades universitaires qui l'ont conduit à trente ans au professorat dans une faculté. Admirateur des œuvres d'art, adonné à la musique, il préfère particulièrement, Chopin, Gounod, Delibes, Massenet, trouvant chez ces auteurs la note sentimentale qui lui convient.

La poésie de Victor Hugo, les descriptions de la nature de George Sand, ont pour lui les plus grands charmes.

Il est bienveillant, un peu complimenteur, d'un commerce facile et s'estime heureux quand il peut rendre service à ses amis ou faire du bien aux déshérités de la fortune.

Si nous reprenons l'histoire pathologique nous verrons bien des ombres sur ce fond en apparence si parfaitement uni. Tout d'abord, les antécédents héréditaires montrent une grande disproportion entre l'âge du père marié à quarante-neuf ans et de la mère qui n'avait que dix-huit ans. Il est vrai que du côté paternel les oncles et les tantes et le père lui-même atteignent un âge avancé, sans qu'aucun accident nerveux ait attiré l'attention ; quant aux ascendants maternels, on trouve chez le grand-père un défaut d'équilibre dans la conduite dans le genre de vie, qui sans constituer la folie proprement dite, dénote les dispositions maladives que l'on trouve chez les individus prédisposés aux affections mentales. Quoique notaire dans une petite ville, il menait une vie un peu agitée, il était en relation avec les célébrités artistiques de son temps, les recevait chez lui, entre autres la Malibran, dont il était l'ami ; il négligeait sa charge et finalement il avait été obligé de l'abandonner. La mère du grand-père s'était fait remarquer par son excentricité : très aimable pour les étrangers, elle était dans son intérieur méchante et acariâtre. La mère, de mœurs pures associant à une religiosité exagérée un goût prononcé pour la toilette, recherchait les choses voyantes, les grandes démonstrations et particulièrement les cérémonies à grand fracas.

Dans son enfance, il a eu la scarlatine, la coqueluche qui ont guéri sans complication. De cinq à huit ans, le malade a présenté une propension au vol des mieux accusée ; il prenait, sans aucun remords, à ses camarades, à ses maîtres, des plumes, des crayons, différents objets, qu'il emportait chez lui, mais

sans les collectionner ; un jour, il dérobe dans le bureau de son maître d'étude, un encrier contenant de l'encre rouge, et au moment où il franchissait le seuil de la salle de travail, l'encrier tombe de la poche, se brise, répandant le liquide révélateur de son larcin ; vivement ému de la mésaventure, à partir de ce moment il a cessé de voler.

Les dispositions nerveuses de notre malade ne se sont pas seulement traduites par des troubles psychiques, des aberrations morales, il a offert aussi, de très bonne heure, des accidents convulsifs qui, par leurs prodromes, par leur marche et aussi la bénignité des phénomènes consécutifs ne s'opposant pas à la reprise immédiate du travail, se rattachent à l'hystérie plutôt qu'à l'épilepsie.

Les crises remontent à l'âge de quinze ans ; d'abord très rares, elles sont devenues plus fréquentes en 1869 et 1870. Elles sont précédées par une excitation cérébrale qui empêchant le malade de fixer une idée et de s'y arrêter, lui fait dire autre chose que ce qu'il voulait dire. Il lui semble que la pensée qu'il veut émettre est déjà remplacée par une autre avant qu'il ait eu le temps de l'exprimer ; en d'autres termes, les idées se précipitent avec une telle rapidité qu'il lui est impossible de s'y arrêter. Il a, du reste, conscience de cet état.

Les phénomènes intellectuels sont accompagnés d'un battement continu des paupières. Ces troubles se montrent dès le réveil soit pendant la nuit, soit dès le matin, entre sept et huit heures. Prévenu par ces prodromes, le malade reste au lit, ou bien s'il s'était levé, s'empresse de se recoucher pour éviter d'être surpris par l'attaque hors de chez lui.

Ces phénomènes précurseurs durent plus ou moins longtemps ; exceptionnellement même, tout s'arrête là et un sommeil profond vient enrayer l'accès. Quand l'attaque arrive, c'est le fait le plus habituel, elle se produit toujours dans la matinée, mais à des heures différentes. Un jour par exception la crise eut lieu l'après-midi à la suite d'une émotion.

D'après le dire d'une parente qui demeure auprès du malade, au moment de l'attaque, celui-ci pousse un cri, perd connaissance, se raidit ; présente ensuite des secousses dans les membres, les yeux se convulsent, les mâchoires s'entrechoquent et si l'on ne mettait un linge mouillé entre les dents, les lèvres et la langue seraient mordues presque chaque fois, ce qui arrive, du reste, malgré les précautions prises ;

de l'écume se montre aux lèvres et la face s'inonde de sueurs. Après l'attaque survient un sommeil profond. Une seconde attaque se produit trois heures environ après la première, puis une troisième trois heures environ après la seconde, quelque fois enfin une quatrième. Ces quatre attaques se répartissent sur un jour et demi ; le lendemain du jour où le mal a commencé vers midi, le trouble de l'intelligence et le battement des paupières cessent. Une grande fatigue suit la crise, l'appétit reste bon, il y a même une sensation de faim. Pendant deux ou trois jours les urines sont rougeâtres et épaisses. Il reste un peu de tristesse motivée surtout par le chagrin que paraît chaque fois témoigner l'entourage, du retour de ces accidents ; d'ailleurs l'intelligence est libre et peut être appliquée tout aussitôt à une occupation sérieuse comme si rien n'était advenu. Le début de ces accidents remonte à 1865 ; jamais avant cette époque, on n'avait remarqué de phénomènes convulsifs. Dans les premières années, les intervalles furent fort longs, ils étaient de plus d'une année ; en 1869 et 1870, les accès devinrent plus fréquents. Depuis 1870, les crises sont espacées de trois mois, de deux mois et, par exception, de trois semaines seulement.

Une disposition d'esprit qui s'exagère parfois après les attaques, c'est le désir de compter et de recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, les carrés, les petits détails en un mot, d'une tapisserie, d'un écran, d'un plafond, d'une décoration quelconque.

Les convulsions ne semblent pas exercer d'influence sur les troubles intellectuels, après lesquels d'ailleurs, elles se sont développées et qu'elles n'ont pas modifiés, malgré leur fréquence plus grande depuis quelques années.

D'après la note précédemment citée, rédigée en juin dernier par le malade, celui-ci paraissait absolument esclave de ses appétits anormaux ; cette disposition morale s'est sensiblement modifiée depuis cette époque. Déjà au mois d'août, il racontait qu'il s'était aperçu que la vue d'une femme ne le laissait pas indifférent ; en septembre sur nos conseils il s'était efforcé de substituer, dans ses souvenirs, la femme à l'image obsédante de l'homme nu. Il l'avait tenté à plusieurs reprises, mais il était tenu à de grands efforts de volonté pour que son imagination ne le portât pas vers son objet de prédilection. Enfin, au commencement de septembre, ayant remarqué moins de résis-

tance de son esprit, à s'arrêter à l'idée de la femme et ayant même éprouvé une certaine satisfaction à la regarder, il a fait une tentative dont il est sorti victorieux. C'est sans effort qu'il a pu avoir, à plusieurs reprises, des relations avec une femme, éprouvant d'ailleurs les sensations voluptueuses habituelles. L'effet moral a été excellent ; il a eu du repos quelques jours, mais obligé de quitter Paris et réduit à lutter par la raison seule contre ses obsessions il sent, dit-il, parfois ses idées devenir anti-naturelles.

En dehors de l'hygiène physique et morale à laquelle le malade a été soumis, nous avons eu recours aux pratiques hydrothérapiques, affusions froides et douches, et au bromure de potassium qui a diminué l'intensité et la durée des crises, mais non la fréquence. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE NERVEUSE

DE LA CACHEXIE PACHYDERMIQUE. (Myxœdème des auteurs anglais). — OBSERVATION NOUVELLE AVEC ALIÉNATION MENTALE TRANSITOIRE ; par le Dr H. BLAISE, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

La cachexie pachydermique n'est pas en réalité une maladie nouvelle. Confondue pendant longtemps avec d'autres états morbides, particulièrement avec la polysarcie adipeuse, elle en est séparée pour la première fois par sir William Gull [1]. Le mémoire de Gull lu, le

[1] Sir W. Gull. — *On a cretinoid state supervening in adult Life in Women*. (*Trans. of the clin. Soc. of London*, vol. VII, p. 180.

24 octobre 1873, à la société clinique de Londres, est basé sur cinq cas observés par l'auteur anglais lui-même. Il donne des malades un tableau fidèle et saisissant, où l'on trouve décrit dans toute sa netteté cet œdème spécial, solide, qui déforme tout le corps, particulièrement la face et les extrémités des membres, et qui constitue l'un des traits les plus caractéristiques du nouvel état morbide. C'est ainsi qu'il compare la forme des mains à celle d'une bêche (spade-like). Mais ce qui frappe le plus W. Gull, ce n'est pas cet œdème spécial, c'est ce double fait que toutes ses observations se rapportent à des femmes et que ces dernières présentent un état intellectuel voisin du crétinisme. Aussi propose-t-il d'appeler l'affection nouvelle : état crétinoïde pouvant subvenir chez les femmes à l'état adulte. L'auteur se borne à décrire très nettement ce qu'il a observé, laissant à d'autres le soin de déterminer la nature et les lésions anatomiques de ce syndrome clinique. Les malades de Gull ne présentaient d'ailleurs aucune complication viscérale.

En 1877, le Dr Ord [1], de Saint-Thomas Hospital, présente, à la même société, deux nouveaux cas, se rapportant encore à des femmes, dont l'un, suivi d'autopsie, avait permis d'étudier les lésions anatomiques. C'est toujours le même tableau clinique. Mais il ressort de l'examen nécroscopique que l'infiltration générale cutanée et sous-cutanée, qui déforme d'une façon si caractéristique les différentes parties du corps, n'est due, ni à la graisse, ni à un liquide œdémateux

[1] W.-M. Ord. — *On Myxœdema* (*Med. chir. Transact.*, vol. LXI, p. 57. — Le même. — *Clinical lecture on myxœdema.* (*Brit. med. Jour.*, may 1878.)

s'écoulant après la section, mais à une matière spéciale, d'apparence gélatineuse, qui présente tous les caractères chimiques et histologiques du tissu muqueux. Cette matière spéciale serait constituée par le développement exagéré du ciment intercellulaire qui contient de la mucine.

Cette infiltration de la peau entraîne l'atrophie des bulbes pileux, des glandes sébacées et sudoripares, étreint les réseaux vasculaires et les extrémités nerveuses; d'où l'altération, la chute des cheveux et des poils, la diminution des sécrétions sébacées et sudoripares, l'abaissement de la température périphérique et les troubles de la sensibilité observés pendant la vie. La paresse cérébrale si remarquable des malades, leur lenteur dans tous les actes qu'ils accomplissent tiennent à ce que les terminaisons nerveuses périphériques, englobées et comprimées par le tissu muqueux ne perçoivent que des sensations affaiblies, incapables de stimuler d'une façon suffisante les fonctions des centres nerveux.

L'infiltration porte d'ailleurs sur le tégument interne, comme sur l'externe; par suite, on peut lui attribuer les troubles de la digestion et de la nutrition et la cachexie consécutive.

En résumé, Ord rattache tous les phénomènes observés à l'existence de ce tissu muqueux et propose, en conséquence, de désigner la maladie sous le nom de myxœdème.

En juin 1879, Olive[1] publie, dans les *Archives de médecine*, un résumé de faits observés par Gull et

[1]Olive. — *Sur le Myxœdème.* (*Arch. gén. de Méd.*, 1879, t. I, p. 677.)

Ord. Il insiste sur ce fait qu'il ne s'agit pas d'une espèce morbide nouvelle. Il rapporte que son maître, M. le professeur Lasègue, « rappelait à ce sujet l'observation d'une pensionnaire de l'Hospice de la Vieillesse (femmes), nommée Madeleine et qui était devenue légendaire à force d'être montrée comme un échantillon-type de la maladie. Cette femme avait été prise graduellement d'une bouffissure solide qui s'était étendue de la face à tout le corps et qui avait débuté vers l'âge de quarante ans... La description répond exactement à celle que donne sir W. Gull. Les faits identiques, ajoute Olive, peu nombreux, ont été rapportés en France sous le nom générique et vague de polysarcie adipeuse. »

Savage[1] publie le premier cas observé chez l'homme. Hammond émet, il est vrai, quelques doutes sur la question de savoir s'il s'agit bien là d'un véritable cas de myxœdème. Quoiqu'il en soit, à côté des symptômes déjà décrits, tels que la sécheresse et la rudesse particulières du tégument externe, et l'abaissement de la température au-dessous de la normale, l'auteur signale des troubles très variés du système nerveux : caractère triste et sombre; intelligence notablement affaiblie; réponses lentes et inexactes; mémoire imparfaite; sens spéciaux atteints avec illusions et hallucinations fréquentes; démarche vacillante sans paralysie des membres; perversions du goût et de l'odorat pouvant aller jusqu'aux hallucinations proprement dites. Dans un cas cité par Savage, les troubles psychiques ont abouti à une véritable manie, avec insomnie,

[1] Savage. — *Myxœdema and its nervous symptoms.* (*Journal of mental science.* Jan. 1880, p. 417.)

incohérence et violence du langage pendant la nuit. Pour Savage, c'est l'encéphale qui est le point de départ de tous ces accidents nerveux.

Le 1er mai 1880, Goodhart[1] publie un cas de myxœdème observé chez l'enfant. Nous devons déclarer que la lecture de cette observation ne nous a pas entièrement convaincu en ce qui concerne l'existence du myxœdème. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'une petite fille de quatre ans, présentant un état de crétinisme très accusé, avec embonpoint considérable, visage rond et sans expression, mains déformées, particulièment au niveau des éminences thénar et hypothénar; l'existence du corps thyroïde était douteuse. L'excès de graisse sur tout le corps, la pâleur jaunâtre des téguments, rare chez l'enfant, font penser à l'auteur qu'il s'agit de quelque chose de semblable au myxœdème des adultes.

Goodhart s'étend longuement sur le crétinisme sporadique; puis il établit un parallèle avec le myxœdème et trouve entre ces deux affections des relations évidentes. Il rejette absolument l'interprétation de Ord et ne pense pas que des lésions cutanées telles que celles du myxœdème, puissent entraîner des troubles des facultés psychiques. A la rigueur, et bien qu'il ne connaisse rien de semblable, il admettrait cette influence chez un enfant, dont le cerveau est incomplétement développé et qui présenterait une anesthésie complète, conséquence d'une ichthyose ou d'une sclérodermie congénitale. Mais, chez un adulte, alors que le cerveau est arrivé à son complet développement,

[1] Goodhart. — *Cretinism sporadic and Myxœdema.* (*Med. Times and Gaz.*, 1 may 1880.)

pareille chose lui semble impossible et de fait, on ne voit pas, dit-il, les anesthésies ou la perte d'un sens spécial entraîner des troubles intellectuels ; le contraire se produirait plutôt. En résumé, il attribue les symptômes cérébraux à une lésion cérébrale de même nature que celle qui porte sur les téguments. Mais on peut objecter à l'auteur anglais que Ord n'a pas pu découvrir cette lésion cérébrale et qu'il a observé dans un cas de sclérodermie très prononcé des symptômes analogues à ceux du myxœdème.

En juillet 1880, M. Hadden [1], qui avait eu l'occasion d'observer successivement les malades de Ord et de M. Charcot, publie dans le *Progrès médical* une intéressante revue sur le myxœdème. Il nous apprend que M. Charcot « avait découvert de son côté le myxœdème et allait publier un travail à ce sujet, sous le nom de *Cachexie pachydermique*, lorsqu'il prit connaissance des recherches de Ord. » Le savant professeur de Paris avait, en effet, observé plusieurs cas de myxœdème soit en France, soit à l'étranger, où il avait rencontré deux malades : l'un à Murano, près Venise, l'autre à Murviedro, l'ancienne Sagonte, en Espagne. A l'égard des symptômes cérébraux, M. Hadden propose l'interprétation suivante : « La diminution remarquable de la chaleur du corps peut être un symptôme précoce, dû sans doute à une affection du système vaso-moteur. Sachant, comme nous l'enseigne la physiologie, que les pensées et les actions sont toujours accompagnées par une chaleur et par l'usure des tissus, il est raisonnable de supposer que la torpeur intellectuelle et l'affaiblis-

[1] Hadden. — *Du Myxœdème.* (*Progrès Médical*, nos 30 et 31, 1880.)

sement physique sont dûs aux conditions circulatoires de ces malades, que l'on peut comparer à des animaux à sang-froid. Une lésion du grand sympathique expliquerait ces symptômes et retarderait le mouvement nutritif si important dans les fonctions de la vie. L'hypothèse de M. Hadden est loin d'être à l'abri de tout reproche et ne nous satisfait que médiocrement.

En même temps et dans le même journal, M. Ballet[1] publie, sous le titre de *Cachexie pachydermique*, l'observation d'un malade de M. Charcot. Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, qui présente le tableau symptomatique complet du myxœdème.

De son côté, Thaon[2] fait paraître dans la *Revue mensuelle* un travail d'ensemble intéressant. On y trouve une observation nouvelle, concernant une dame, qui lui avait été adressée par M. Charcot et qu'il avait soignée pendant deux hivers consécutifs à Nice. L'auteur se livre à une revue critique des travaux de Gull et de Ord. Il repousse la dénomination de myxœdème. « En l'acceptant, on semblerait, dit-il, adopter la théorie entière du Dr Ord et admettre la subordination de tous les symptômes à l'existence de ce tissu muqueux à la périphérie du corps. » Cette subordination ne peut se démontrer. Il faudrait, en effet, dans l'espèce, que la peau et le tisssu cellulaire fussent infiltrés longtemps avant l'apparition des phénomènes cérébraux. Or, aucune des observations publiées par Ord et Gull ne présente cette subordination chronolo-

[1] Ballet. — *Cachexie pachydermique* (*Myxœdème des auteurs anglais*), in *Progrès Médical,* 24 juillet 1880.

[2] Thaon. — *Cachexie pachydermique* (œdème crétinoïde, myxœdème), in *Revue mens. de Méd. et de Chir.*, août 1880.)

gique des symptômes ; le contraire existe même pour deux d'entre elles. L'auteur ajoute que, dans l'hypothèse de Ord, les désordres de l'activité cérébrale seraient de règle dans les cas où « les impressions périphériques sont singulièrement plus émoussées, » telles que l'anesthésie généralisée des hystériques ou des lépreux. Et cependant rien de semblable ne s'observe en clinique. Il y a mieux, les malades atteints de myxœdème ne présentent même pas d'anesthésie. En conséquence « l'hypothèse de Ord est insoutenable. » Loin d'en faire un symptôme secondaire, Thaon est « presque tenté de mettre au premier rang cette paresse cérébrale et de faire dépendre d'elle la plupart des autres symptômes ». A l'appui de sa thèse, il cite le cas suivant qu'il emprunte à sa clientèle privée et qui montre « la facilité avec laquelle les impressions morales pénibles peuvent amener chez les femmes des modifications dans le système cutané général ». Une dame de quarante-deux ans, d'une bonne constitution, a ressenti depuis sept ans des chagrins violents et « chaque fois elle a éprouvé les symptômes suivants : tristesse très grande, chloro-anémie, paresse intellectuelle, engraissement considérable, sécheresse de la peau, état pachydermique de la paume des mains et de la plante des pieds. Chaque phase morbide durait trois mois à un an ; puis la gaieté revenait, ainsi que l'activité cérébrale, et, chose remarquable, les lésions périphériques disparaissaient en même temps ». En résumé, l'auteur voit dans le myxœdème un état morbide affectant l'ensemble de l'organisme. « La maladie est partout, la déchéance est générale, le sang est appauvri, toutes les fonctions sont languissantes ; c'est

une véritable cachexie. » La cachexie pachydermique se révèle par la triade symptomatique suivante : anémie profonde, altérations remarquables de la peau et du tissu cellulaire, état cérébral particulier.

La fin de ce travail comprend la reproduction de trois observations : une première de Gull ; une deuxième (avec autopsie) de Ord ; la troisième est l'observation de M. Charcot, publiée par M. Ballet.

Quelques jours après la revue de Thaon, Bourneville et d'Olier[1] publiaient un nouveau cas de myxœdème avec crétinisme et idiotie. Il s'agit d'un enfant de 19 ans, difforme et présentant l'aspect d'un enfant de deux ans. Il n'existe ni antécédent névropathique, ni consanguinité. Né à terme, il reste en nourrice jusqu'à un an, dans des conditions hygiéniques déplorables. A cette époque, on note quelques convulsions. A 15 mois, l'enfant commence à marcher et ne diffère sous aucun rapport des enfants de son âge. Depuis, sans nouvelle attaque de convulsions, il se produit un arrêt de développement, l'enfant devient gâteux. La dentition s'opère lentement et n'est pas complète à 7 ans. Actuellement on observe : état d'inertie avec obtusion intellectuelle et apathie complètes ; tête volumineuse dont la forme se rapproche de celle d'un pain de sucre ; calvitie presque complète avec cheveux courts, secs, presque noirs ; visage hideux ; front et racine du nez couverts de rides ; nez camard ; peau de la face mate, d'un blanc jaunâtre, bouffie et absolument glabre ; la bouffissure est surtout marquée au niveau des joues, des lèvres et des paupières. La lèvre inférieure est forte-

[1] Bourneville et d'Olier. — *Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème cachexie pachydermique*). (*Progrès Médical*, 20 août 1880, n° 35.)

ment renversée (état dû en partie à une rétraction cicatricielle de la peau du menton) et laisse échapper presque continuellement la salive. Les dents sont pour la plupart cariées et usées; il n'existe pas de malformation du voile du palais. La bouffissure de la face n'a pas toujours existé au même degré; actuellement physionomie sans expression; la joie s'exprime par un sourire grossier et disgracieux. La parole est réduite à quelques monosyllabes, la voix enrouée, nasillarde; les réponses sont lentes à venir et comme traînées. La peau du cou est notablement épaissie et le corps thyroïde à peine marqué. La peau du tronc paraît fine, d'un blanc mat, résistante sous le doigt, comme infiltrée; il semble qu'elle recouvre une épaisse couche de tissu cellulaire lâche. En divers points du thorax, elle est soulevée par des tumeurs molles, tremblottantes, d'apparence myxœdémateuse.

La température, recueillie sur le devant de la poitrine et sur des tumeurs cervicales, a été de 35°,2 et 36°,2, la température extérieure étant de 25°,1. Au rectum, elle est restée invariablement pendant huit jours à 37°,2 le soir. Sur la face externe du bras le thermomètre a donné 33°, 8 à droite, 34°,1 à gauche; à la main, on y note d'ailleurs un abaissement de température.

L'urine examinée à plusieurs reprises, n'a présenté ni glycose, ni albumine. Partout la peau est absolument glabre; la sensibilité générale paraît émoussée; le chatouillement n'est pas ordinairement perçu. Le malade présente au froid une sensibilité exagérée. Les sens spéciaux: vue, ouïe, goût ne semblent pas atteints. Enfin, il n'existe pas de troubles digestifs et le sommeil

est tranquille. Un fait remarquable est l'amélioration sensible survenue après l'administration de bains, de préparations toniques et ferrugineuses.

L'attention est attirée sur le myxœdème, de nouvelles observations ne tardent pas à paraître. Le 25 septembre 1880, Thomas Inglis[1] publie deux nouvelles observations.

La première se rapporte à un homme, jouissant d'une bonne santé habituelle, qui, péniblement affecté des désordres de sa femme, tombe dans la mélancolie et entre à l'asile après avoir tenté de se suicider en prenant une grande quantité d'opium. A cet état de mélancolie, qui cesse au bout de trois mois, succède un œdème qui envahit insensiblement et progressivement les paupières, les mains, les membres et le tronc. Les paupières sont gonflées, ridées, couleur de cire; le nez est épaté, les lèvres épaisses, la lèvre inférieure proéminente. La physionomie prend une expression d'hébétude et perd même toute expression. La langne paraît trop grande pour la bouche, sans cependant qu'il y ait un œdème marqué. Le langage du malade est lent; sa façon de parler rappelle, particulièrement le matin, le débit d'un hémiplégique, et aussi l'articulation embarrassée de l'épileptique. Les mains prennent bientôt la forme de bêche; le malade y éprouve des sensations de raideur, de froid, d'engourdissement. Mais nulle part la pression du doigt ne détermine de godet, et l'urine ne renferme pas d'albumine (d = 1015). Le cœur bat lentement, mais paraît sain. La surface du corps est toujours froide au toucher et le malade

[1] Thomas Inglis. — *Two cases of Myxœdema* (*The Lancet*, p. 496, vol. II, 1880.

n'a jamais chaud, même dans les grandes chaleurs. La température axillaire est de 95° Fahr. La peau est sèche, dure et sa sensibilité est émoussée comme dans la sclérodermie: le chatouillement de la plante des pieds ne détermine pas de réflexe. On observe quelquefois de courtes transpirations. La préhension est faible; l'excitabilité faradique des muscles des membres et du visage diminuée. ce qui n'existe pas sur la calotte crânienne où l'œdème est peu marqué. D'ailleurs il n'existe pas d'atrophie musculaire.

Ce fait de la diminution de la contractilité faradique des muscles aux endroits où l'œdème est marqué, ne tient pas, dit l'auteur, à une dégénérescence des éléments nerveux périphériques, mais résulte de l'obstacle mécanique à l'excitation des terminaisons nerveuses, crées par l'infiltration mucoïde.

Inglis compare la démarche de son malade à celle d'un canard. Du côté des sens spéciaux, il note de la surdité coïncidant avec une intégrité de la vue et de l'odorat. L'appétit est d'habitude assez mauvais; le malade pourrait rester sans inconvénient plusieurs jours sans manger; il trouve d'ailleurs mauvais goût aux aliments. Enfin, le patient tombe dans un état de léthargie très prononcé et on note à côté d'une constipation habituelle, les troubles psychiques suivants: affaiblissement de la mémoire, particulièrement en ce qui concerne les faits récents, et dégradation des facultés intellectuelles.

La seconde observation de Ch. Inglis se rapporte à une femme de 39 ans, mère de huit enfants bien portants. La sœur de cette malade avait été atteinte de manie puerpérale et la mère était morte d'une attaque d'apoplexie. Le début de la maladie s'est fait il y a

cinq ans par une attaque de mélancolie avec perversion des divers sens spéciaux. Ainsi cette femme trouve à tout une odeur de poudre. Elle présente les mêmes phénomènes morbides que le malade précédent, mais moins prononcés. Les facultés intellectuelles sont affaiblies. Au bout de deux ans, il survient un véritable état de manie qui nécessite l'entrée dans un asile. A ce moment, elle est reine, possède des châteaux, etc. La vue est bonne, mais le goût et l'odorat sont pervertis. Ses aliments contiennent du tabac à priser, sentent le poison. De nombreuses verrues apparaissent sur les bras. Comme chez le malade précédent, les perversions sensorielles sont plus accusées le matin; à ce moment, elle peut à peine voir. Du côté du cœur, rien de particulier, à part un claquement énergique du second bruit. L'urine est normale (d = 1010). La malade qui possédait autrefois un caractère assez doux, est actuellement irritable, passionnée, s'irrite sans motif. La conversation est naïve et enfantine; elle se tient souvent à elle-même un langage incohérent. L'attention est affaiblie, le jugement faux, la mémoire en assez bon état. Elle est affectueuse à l'égard de ses enfants.

Il semble incontestable, d'après Inglis, que dans le myxœdème, il existe une altération du système nerveux central. En effet, dit-il, dans tous les cas on a observé des troubles intellectuels variables, du reste, depuis l'irritabilité du caractère, la tristesse, jusqu'à la manie agressive et au délire des grandeurs. Bien que ces troubles intellectuels surviennent toujours à quelque phase de la maladie, Inglis ne pense pas qu'il y ait un rapport nécessaire entre le myxœdème et l'aliénation mentale. Cette dernière relève plutôt de la cons-

titution du malade, de son tempérament, que de la lésion de l'encéphale. Il existe alors quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans certaines lésions du cerveau qui entraînent souvent, mais non nécessairement, des troubles intellectuels. Inglis considère le myxœdème comme une maladie nerveuse, les modifications profondes du système cutané n'étant que secondaires. Le traitement ne lui a pas donné de résultat satisfaisant. Les toniques nerveux, l'électricité galvanique, les bains ont produit tout au plus un palliatif.

Le 12 novembre 1880, Dyce Duckworth présente à la Société clinique de Londres, une note sur deux nouveaux cas de myxœdème.

Le premier se rapporte à une femme de 47 ans, bien constituée, admise au mois d'août 1879, à Saint-Bartholomew's Hospital. Elle a eu neuf enfants et plusieurs fausses couches et ne présente aucun antécédent syphilitique. Au premier abord, on croirait avoir affaire à un cas de maladie de Bright. La peau de la face est bouffie, particulièrement au niveau des paupières et des lèvres, présente une coloration cireuse, à l'exception des pommettes qui sont rouges. La face, la peau du crâne et l'épaule gauche présentent quelques tumeurs acquises et non congénitales, sur lesquelles Duckworth attire l'attention, parce qu'elles se trouvent signalées dans d'autres cas. Le corps thyroïde est petit; les téguments du tronc et des membres sont enflés et bouffis, les mains larges et grossières. Le sang présente une teinte pâle ; les muqueuses sont anémiées. La contraction cardiaque est faible, le pouls généralement au-

[1] Dyce Duckworth. — *Two cases of myxœdema*. (*Lancet*, t. II, p. 815; 1880.)

dessous de 60. Mais tous les organes internes paraisse
sains. La malade a un appétit capricieux, des nausé
et des vomissements fréquents et de la constipatioı
ses règles ont été supprimées pendant six mois. L'urii
(d = 1015 à 1022) ne présente ni albumine, ni gl
cose. De plus on observe de la lenteur dans la parc
et les idées. La voix est nasillarde. La malade marcl
en se dandinant, avec hésitation, se gardant bien
traverser une rue. Elle est toujours triste; les stim
lants l'engourdissent. La force musculaire se mont
plus considérable en été; enfin il existe une sensibili
exagérée au froid. La température prise pendant di
huit jours consécutifs, 4 ou 5 jours après le début
la bouffissure, montre une élévation en faveur du cô
gauche (93°,4 — 97°,8 F. = 34°,1 à droite; 95°,4
99°,4 F. = 35°,2 à 37°,4 à gauche). Sans cesse expos
aux mauvais traitements d'un mari brutal, la mala
avait mené une existence malheureuse. L'administr
tion de toniques divers, de préparations arsénicale
associée à une alimentation choisie, ne donne auc
résultat. Sept ans auparavant, elle avait été soignée
Guy's Hospital pour une parésie de la jambe dro
avec anesthésie autour de la cheville qui avait dispa
sous l'influence de l'électricité et des toniques.

Le deuxième cas se rapporte encore à une femm
âgée de 46 ans, d'une forte constitution. Bien portan
jusqu'à l'âge de 42 ans, la maladie avait évolué lent
ment. Il n'existait aucune prédisposition héréditaiı
Les téguments, à l'exception des pommettes, présente
une teinte pâle. La bouffissure des paupières, l'aspe
général du visage rappellent la néphrite chroniqu
La malade est triste, languissante. Le corps thyroï

présente un volume normal. Les mains sont en forme de bêche; les jambes sont œdématiées, la droite beaucoup plus que la gauche. Il existe un catarrhe chronique des bronches et une constipation habituelle. Le pouls est à 80. L'urine ne renferme pas d'albumine (d = 1005). Réglée irrégulièrement cette année, la malade a remarqué que depuis huit ans ses règles étaient plus abondantes. Il y a deux ans, elle s'est aperçue que le travail à l'aiguille devenait difficile. En même temps les mouvements s'opéraient avec plus de lenteur. Sans présenter une hésitation proprement dite dans la marche, la malade n'osait plus trop s'aventurer dans les rues. Parfois elle avait de la peine à garder l'équilibre, se laissait tomber et mettait longtemps à se relever. Elle était aussi particulièrement sensible au froid et aux changements de température. Enfin, elle trouve mauvais goût aux aliments et prétend que ces derniers sont mal préparés. Le thermomètre donne, dans l'aisselle droite, 99°,4 F. (37°,4 C), dans la gauche, 97°,2 F. (36°,2 C). Le traitement n'a pas modifié l'état cachectique de la malade.

Dans la même séance de la Société clinique de Londres, M. Maddon parle d'un cas qu'il a observé et qui présentait, entre autres particularités remarquables, des ongles cassants et une diminution de l'excrétion de l'urée. Il rappelle que, pour lui, la maladie tient à un trouble profond du grand sympathique. Dyce Duckworth pense, de son côté, que le myxœdème est une maladie d'origine centrale, sous la dépendance de troubles de la nutrition.

Enfin Hammond vient de publier un article important sur le myxœdème, qu'il envisage particulièrement

au point de vue des troubles nerveux et cérébraux
Les phénomènes de cet ordre, notés par ses devancie
sont: un affaiblissement notable de l'intelligence, d
réponses lentes et inexactes, une mémoire imparfait
des illusions et des hallucinations fréquentes des se
spéciaux, pouvant entraîner un véritable état de man
(Savage). Cependant, l'état habituel est plutôt un ét
de lassitude, de stupidité qui rappelle assez bien
que l'on désigne sous le nom de démence aiguë.

Hammond note, en passant, la ressemblance q
existe entre les malades atteints de myxœdème et ce
qui sont intoxiqués par l'arsenic. Puis il cite une obs
vation personnelle tout particulièrement intéressan
au point de vue des troubles nerveux.

Il s'agit d'une femme de 41 ans. Au premier abor
il semble qu'on a affaire à un œdème généralisé, co
séquence d'une affection cardiaque et rénale. Le visa
et particulièrement les paupières sont tuméfiées,
peau du front, rude, est enflée par places, le nez e
épaté; les lèvres, surtout la lèvre inférieure, sont pro
minentes: on dirait que la malade a reçu un grand cou
de poing sur la bouche. Au niveau des pommettes,
peau est épaissie et colorée en rouge de chaque côt
sur un espace d'un dollar. Le cou et les mains so
fortement œdèmatiés, les doigts élargis en forme
massue, sans incurvation des ongles. Cet œdème
retrouve sur toute la surface du corps, mais nul
part, la pression ne détermine de cupule. *La sensibili*
générale de la peau est notablement diminuée; ainsi s
les joues, la malade distingue difficilement les deu

[1] Hammond. — *On myxœdema, with special reference to its cereb. and nervous symptoms.* (In *Neurological Contributions*, vol. I, n° 3, 188

pointes de l'esthésiomètre avec un écartement d'un pouce et demi (ce qui équivaut à trois fois la distance normale). A l'extrémité des doigts, il faut un écart de cinq douzièmes de pouce pour obtenir deux sensations. La malade a ressenti au début des douleurs uniquement localisées à divers points de la tête. Il lui semblait marcher sur un coussin, et l'extrémité des doigts paraissait serrée comme par un dé à coudre. Elle éprouvait aussi comme une sensation d'engourdissement à la face, à l'extrémité de la langue, aux bras et aux jambes. La force musculaire était affaiblie, la marche chancelante, la préhension peu énergique. Il existait de l'incoordination dans les mouvements des membres supérieurs et inférieurs. La marche, les yeux fermés, était incertaine, et dans la marche ordinaire, la malade fixait constamment le sol, comme dans l'ataxie. Le sens du tact se trouvait notablement affaibli. L'examen opthalmoscopique démontrait l'existence d'une neuro-rétinite bilatérale. Les objets paraissaient tachés et entourés d'une ombre. Les pupilles étaient égales, paresseuses; enfin, il y avait de temps en temps de la diplopie. L'acuité auditive était notablement émoussée: le tic-tac d'une montre était perçu à 20 pouces de l'oreille à gauche, à 26 à droite. A une certaine époque, il y avait eu des tintements d'oreille. Les autres sens spéciaux, le goût et l'odorat présentaient, eux aussi, un affaiblissement très marqué : il était impossible pour la malade de distinguer par la saveur ou l'odeur un poisson d'un « roast beef ».

Il existait de fréquentes hallucinations de la vue et de l'ouïe: la malade parlait de certains Français qui s'efforçaient de la faire souffrir en mettant du vitriol

dans son lit et dans ses aliments; d'autres fois elle entendait des voix qui lui faisaient le récit des tortures qu'elle devait subir.

Quant aux troubles psychiques, les voici tels qu'ils sont rapportés par Hammond: « Il s'était produit un affaissement manifeste de l'intelligence; s'agissait-il de répondre aux questions les plus simples, la malade regardait fixement, une minute entière, celui qui l'interrogeait, ne paraissait pas comprendre la question ou du moins ne sachant pas quelle réponse faire. Il était des choses tout à fait élémentaires qu'elle ne comprenait pas le moins du monde: ainsi elle fut incapable de me dire combien faisaient 60 et 25; elle fixa les yeux sur moi quelque temps et dit enfin: Oh! toutes ces choses là. Il me fut impossible de tirer d'elle aucune réponse.

« La mémoire était également atteinte. On fut obligé de lui souffler avant qu'elle pût dire où elle habitait; en donnant le nom de ses enfants, elle commit plusieurs erreurs, qu'elle finit par corriger pourtant elle-même. La mémoire des mots était peut-être plus atteinte, mais sans qu'il y eut une véritable aphasie. La malade arrivait, sans trop de difficulté, à donner le nom des objets qu'on lui désignait, mais sa prononciation semblait décéler une parésie de la langue. Elle dormait peu, se réveillait souvent en sursaut, effrayée, et on n'arrivait qu'avec peine à la rassurer. »

Pour terminer cette observation intéressante d'Hammond, dont nous avons tenu à donner une idée complète, nous noterons encore une constipation habituelle, un excès d'urates dans les urines, un pouls lent et faible, enfin l'abaissement de la température prise soit dans l'aisselle, soit sous la langue et qui ne fut jamais

trouvée supérieure à 96° Fahr. (35°,5 c.) En ce qui concerne l'interprétation des troubles nerveux, Hammond rejette l'hypothèse de Ord. « Rien n'y justifie la présence des illusions et des hallucinations, ni les périodes d'excitation maniaque observées dans certains cas. » Il rattache les troubles cérébraux à une lésion de l'encéphale, caractérisée par le dépôt de tissu muqueux autour des cellules nerveuses. Dans le cas qu'il publie, les troubles psychiques avaient précédé l'apparition de l'œdème spécial. En résumé, les troubles nerveux résulteraient de deux ordres de lésions : lésions périphériques et lésions centrales.

Pour compléter la bibliographie du myxœdème, nous devons aussi mentionner la savante leçon clinique de M. le professeur Charcot que M. de Ranse a fait paraître dans la *Gazette médicale,* de Paris (n° 51, 1880). On y trouve quelques considérations nouvelles sur la thérapeutique de la maladie. La diète lactée, les bains sulfureux, le massage, le séjour dans un climat sec ont procuré aux malades de M. Charcot une amélioration notable. « Il semble, d'une manière générale, qu'on doive plus compter sur les moyens hygiéniques que sur l'action des médicaments ; ceux-ci sont fréquemment mal tolérés, par suite peut-être de l'entrave que l'infiltration de la peau et des muqueuses apporte aux fonctions d'excrétion. »

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APHASIE ; par les D[rs] RAYMOND et F. DREYFOUS.

S'il est, dans l'histoire des localisations cérébrales, un fait indiscutable, c'est bien celui relatif à la localisation du centre du langage au niveau de la circonvolution de Broca. L'anatomie pathologique, aidée et guidée par la clinique, l'a établi ; et, récemment, l'étude du somnambulisme, chez les hystériques, a fourni un appui inattendu à la démonstration de l'existence de ce centre.

Cependant, on trouve encore çà et là, éparses dans les recueils de médecine, des observations contradictoires dont on pourrait s'autoriser contre la théorie généralement adoptée aujourd'hui. C'est sur ces cas exceptionnels qu'on se base pour affirmer que « une lésion limitée à une moitié du cerveau peut produire des symptômes de l'un ou de l'autre côté. » En y regardant de près, on prouverait que la plupart de ces exemples peuvent être récusés, parce qu'ils sont incomplets au point de vue des détails de l'autopsie.

En voici un exemple. Un malade aphasique est en même temps hémiplégique du côté gauche. Voilà une coïncidence tout à fait anormale. Faut-il s'emparer de ce fait et conclure qu'une lésion de l'hémisphère droit pourrait produire l'aphasie? On serait d'autant plus tenté de le faire que, à l'autopsie, on trouve un foyer de ramollissement cérébral à droite. Et si les investigations s'arrêtent là, on n'hésite pas à contester la règle établie par Dax, Bouillaud, Broca. C'est ce qui aurait pu se produire dans un cas observé par M. Peter, et dans le cas que nous publions ici. Or, chez ces malades, atteints d'aphasie avec hémiplégie gauche, le ramollissement du côté droit existait ; mais, en même temps, il s'en trouvait un autre à gauche, et leur histoire, loin d'infirmer la loi universellement admise, ne fait que la confirmer.

Observation I. — *Cirrhose atrophique du foie chez un alcoolique. — Apoplexie cérébrale. — Hémiplégie et hémianesthésie gauches, avec aphasie. — Foyers multiples de ramollissement cérébral.*

J... (Antoine), soixante-cinq ans, employé d'octroi, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 juillet 1880, salle Saint-Christophe, n° 23.

J... n'a jamais eu de maladie sérieuse. Pendant plusieurs années, il a tenu un comptoir de marchand de vins et s'est livré aux excès de boisson nécessités (?) par sa profession. Il ne tarda pas à présenter les troubles digestifs et cérébraux habituels aux alcooliques : pituite tous les matins; insomnie et cauchemars la nuit; rêves d'animaux, etc.

Il est difficile de préciser la date du début des accidents actuels. Tout ce que le malade peut dire, c'est que, depuis quelque temps, un mois peut-être, il ressentait une pesanteur à l'hypogastre, et après chaque repas sa respiration était gênée. Ces phénomènes s'accentuèrent progressivement, et, en même temps il s'aperçut que son ventre augmentait de volume : ses habits étaient trop étroits. Tout d'abord c'est à peine si le malade se préoccupa de ces symptômes : il continua à travailler. Mais, tout d'un coup, ses jambes enflèrent, et, comme les forces diminuaient, il dut se résigner à entrer à l'hôpital.

A cette époque, 26 juillet, voici son état : L'amaigrissement est considérable et porte notamment sur les membres et le thorax, qui fait un contraste frappant avec l'abdomen. Le ventre est augmenté de volume; les veines de la paroi sont visibles, mais non distendues; par le palper on constate nettement la fluctuation, et par la percussion, la matité aux parties déclives, celle-ci changeant de siège quand le malade change de position. Il est impossible d'apprécier le volume exact, ni du foie, ni de la rate. Rien au cœur. La dyspnée est telle que la ponction est pratiquée d'urgence. On retire environ cinq litres d'un liquide citrin. On peut alors reconnaître que le foie est diminué de volume.

Les jours suivants, même état, le liquide de l'ascite se reproduit rapidement, et on est forcé, quinze jours après la première ponction, d'en faire une seconde. Depuis ce moment, l'ascite ne se développe que lentement; le malade s'alimente un peu; mais ses forces baissent progressivement.

25 *août.* — Le malade vient d'être frappé d'apoplexie : coma, avec perte subite de connaissance ; résolution des quatre membres. A la visite du matin, on le trouve encore presque sans connaissance, dans le décubitus dorsal, avec rotation de la tête à droite. En examinant la face, on est frappé de la déviation de la commissure labiale droite; toute la face est tiraillée de gauche à droite, et la moitié gauche du visage est flasque et mobile. En pinçant le ma-

lade, on voit que les muscles de la face se contractent seulement à droite; les paupières se ferment également des deux côtés. Les membres gauches, bras et jambe, sont aussi paralysés; quand on soulève le bras ou la jambe droites, ils ne retombent sur le lit que lentement; au contraire, le bras et la jambe gauches, quand on les élève en l'air, retombent lourdement comme des masses inertes.

Malgré l'état de stupeur du malade, on peut apprécier la sensibilité cutanée. En pinçant fortement la peau du membre supérieur ou inférieur droit, on voit la face grimacer; le malade paraît donc sentir la douleur à droite; la même expérience répétée plusieurs fois, donne, chaque fois, le même résultat. En pinçant la peau de la même façon à gauche, on ne voit se produire à la face aucun mouvement qui exprime la souffrance. Il existe donc de l'hémianesthésie gauche avec hémiplégie flasque du même côté.

26 *août*.— Le malade est sorti de sa stupeur; il comprend ce qu'on lui dit, cherche à répondre, mais ne peut pas le faire; il commence à émettre quelques sons, quoiqu'il ne prononce pas un mot intelligible. D'ailleurs il ne peut remuer la langue: celle-ci reste appliquée contre le plancher de la bouche et il est impossible au malade de la projeter au dehors.

On se rend facilement compte aujourd'hui de l'état de la sensibilité; l'hémianesthésie persiste; la piqûre de la peau n'est pas sentie à gauche, pas plus que le pincement Mais il n'y a pas de troubles sensoriels; la vue, le goût, l'odorat (chloroforme, éther) sont conservés intacts.

1er *septembre*. — Ce matin, pour la première fois, le malade prononce clairement quelques mots; après quelques efforts, il sort la langue hors de la bouche.

7 *sept*. — Les forces diminuent; l'appétit est nul; l'état général s'aggrave.

12 *sept*.— L'hémiplégie, avec anesthésie, persiste; mais le malade parle mieux; il a quelques mots à sa disposition; il remue la langue en tous sens. Cet état reste le même jusqu'à la mort qui arrive sous l'influence des progrès de la cachexie.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — *Cerveau*. Pas d'athérome des artères de la base.

Hémisphère droit : 1° Foyer de ramollissement, qu'on aperçoit très bien avant d'enlever les méninges, et qui occupe la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante et la pariétale supérieure. 2° Quand, après avoir incisé les méninges, on écarte la scissure de Sylvius, on voit que les circonvolutions de l'insula sont le siège d'un ramollissement très étendu qui gagne le lobe occipital en arrière.

Sur la première coupe transversale, comprenant une partie de la capsule interne (partie antérieure), rien. — Sur la deuxième coupe passant par le milieu de l'insula, rien.— Sur une coupe, faite à deux

centimètres en arrière de la deuxième, on voit seulement les circonvolutions de l'insula ramollies. — Sur une dernière coupe, à trois centimètres en arrière, on note le même ramollissement superficiel, mais ne pénétrant pas profondément.

Hémisphère gauche : Au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale, une plaque jaune formant un foyer de ramollissement superficiel, bien circonscrit, en voie de cicatrisation.

Rien à la *protubérance,* ni aux *pédoncules*, ni au *bulbe*. — L'*artère sylvienne* gauche, non athéromateuse, renferme un caillot ancien qui paraît s'être formé par thrombose. Ce caillot siège au point de division des artères pariétales.

Cavité abdominale (résumé) : Ascite; péritonite chronique généralisée.

Foie : De volume presque normal, un peu diminué cependant, Capsule épaissie. A la coupe, aspect typique de la cirrhose de Laënnec. A l'examen microscopique, après durcissement avec un faible grossissement, on constate les caractères bien connus de la cirrhose annulaire périlobulaire.

Rate : scléreuse. Les autres viscères, cœur, reins, poumons, n'offraient aucune altération importante à signaler.

En comparant les cas publiés sous ce titre : *Aphasie*, *hémiplégie gauche,* on trouve deux séries de faits :

1° Ceux où des lésions multiples expliquent l'aphasie d'une part, l'hémiplégie de l'autre;

2° Ceux pour lesquels on a admis la « gaucherie cérébrale ».

Notre cas appartient à la première catégorie; on peut en rapprocher une observation de M. Peter, où les lésions correspondent exactement aux phénomènes cliniques observés pendant la vie : l'anomalie n'était qu'apparente; à des symptômes multiples correspondaient également des lésions multiples.

Observation II (résumée). — (*Gazette des Hôpitaux*, 1879.)

B... (Ismaël), cinquante-huit ans. Hémiplégie gauche complète avec aphasie. Début subit, par hémiplégie, sans perte de connaissance, il y a un mois.

Etat actuel. — Décubitus latéral gauche, rotation de la tête à gauche, avec déviation conjuguée des yeux.

La sensibilité paraît intacte.

Pas d'hémiplégie faciale.

Eschare sacro-fessière gauche ; ni incontinence d'urine, ni incontinence des matières fécales.

Il ne peut prononcer un mot.

Fièvre violente ; l'eschare s'étend. Mort.

A l'autopsie : ramollissement du pied de la 3e frontale gauche, ramollissement à la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendante droites.

M. H. de Boyer, dans son remarquable travail sur les localisations cérébrales, donne un cas personnel, analogue aux deux précédemment cités. Mais il ne nous fournit sur ce fait aucun détail.

A côté de ces faits, il en existe d'autres, où l'hémisphère cérébral gauche ne présentait aucune lésion appréciable. Pour nous, les cas de ce genre doivent être révisés avec soin : on peut se demander s'il n'y a pas eu quelques erreurs, quelques examens incomplets. Dans ces derniers temps, on a bien montré que l'aphasie pouvait être due à une lésion du centre ovale, si celle-ci correspond au faisceau pédiculo-frontal inférieur. N'a-t-on pas quelquefois négligé une lésion très peu étendue et située dans la profondeur, et non à la surface du cerveau? Ne trouvant pas de lésion importante, et superficielle, on a inscrit le fait comme contradictoire avec la doctrine de la localisation de Broca.

Nous insistons sur ces prémisses, parce qu'on a édifié, avec des cas exceptionnels, une théorie acceptable tout au plus pour un petit nombre d'entre eux : celle de la « gaucherie cérébrale ». Avant de la discuter, il faut bien savoir combien rare serait cette anomalie fonctionnelle du cerveau : Séguin, sur 266 cas d'aphasie, en a trouvé 243 avec hémiplégie droite, 17 avec hémiplégie gauche; Voisin, 140, avec hémiplégie droite, 6 avec hémiplégie gauche; Broca, 12 ou 13 avec hémiplégie droite pour un avec hémiplégie gauche.

Ces considérations permettent, nous le pensons, de négliger les cas où les auteurs, comme M. Farge, s'appuient sur des faits cliniques seulement, sans avoir les pièces anatomiques en main. Ainsi on aurait pu regarder aussi notre malade comme étant gaucher du cerveau, qu'on nous passe cette expression, et droitier de la main. Le cas de M. Farge est tout à fait analogue ; peut-être est-il susceptible de la même interprétation.

Les auteurs, qui ont maintenu cette opinion, sont surtout MM. Mesnet, Billod, Schruber, etc. Voici leur théorie : la plupart des hommes se servent du membre supérieur droit pour faire es gestes, pour les travaux délicats ; ils sont donc droi-

tiers. Or, chez eux, la faculté du langage siège dans l'hémisphère gauche ; il y a un lien entre le rôle de l'hémisphère comme centre du langage, et son rôle comme centre des mouvements les plus délicats du membre supérieur. Si, au contraire, l'homme se sert surtout de sa main gauche, s'il est gaucher, c'est l'hémisphère droit qui présidera, et aux gestes habituels, et aussi à la faculté du langage ; chez lui il y aura de « la gaucherie cérébrale ». A l'appui de cette hypothèse, on peut fournir les deux observations suivantes :

OBSERVATION III (résumée). — *Wodham* (*Saint-George's Hospital Reports*, 1869).

Hémiplégie du côté gauche chez un garçon de dix-huit ans, ambidextre.

Aphasie consécutive, absolue pendant trois mois. Retour graduel, mais incomplet de la parole. — Nécrose du maxillaire.

Mort par épuisement, douze mois après l'attaque primitive. — Destruction presque totale de l'insula de Reil du côté droit.

OBSERVATION IV. — *Aphasie avec hémiplégie gauche. — Embolie de l'artère sylvienne droite, avec ramollissement de la 3e frontale, du lobule de l'insula et de la corne sphénoïdale.* (Observation de Ledouble et Viollet. (*Tribune médicale*, mars 1879.)

Ch..., trente-cinq ans, blanchisseuse, est atteinte depuis huit mois d'épithélioma ulcéreux du col de l'utérus. Cette affection a sa marche ordinaire.

..... Le 11 septembre 1878, cette malade fut brusquement frappée d'hémiplégie gauche et d'aphasie, sans avoir perdu connaissance plus d'un quart d'heure. La sensibilité resta intacte du côté paralysé, mais l'aphasie fut absolue. Dans les premiers jours, il fut facile de constater le phénomène de l'hémiplégie variable qui, d'après MM. Charcot et Vulpian, appartient exclusivement au ramollissement.

Entrée le 29 septembre à l'hôpital, la malade y succomba le 29 octobre, sans avoir présenté aucun signe nouveau.

AUTOPSIE (résumée). — *Hémisphère cérébral droit.* La pie-mère et l'arachnoïde, qui recouvrent le cerveau depuis la partie antérieure des circonvolutions frontales jusqu'en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, c'est-à-dire tous les points que l'on donne comme les centres moteurs du cerveau, sont injectées et adhérentes l'une à l'autre. L'arachnoïde est couverte d'un dépôt croupal ou

purulent, au niveau du pli de passage de la 2e circonvolution frontale à la marginale antérieure, et aussi au niveau du pli de passage de la 3e circonvolution frontale avec la pariétale ascendante. — Circonvolution frontale ascendante ramollie.

La 3e circonvolution frontale horizontale ou circonvolution de Broca est affaissée, friable dans toute sa longueur; elle est presque réduite en putrilage, vers le pli sourcilier.

Lobe pariétal : ramollissement de la pariétale ascendante à son origine, et de la pariétale inférieure.

Lobe sphénoïdal : ramollissement du sommet de la corne du lobe sphénoidal : 1re, 2e et 3e temporales presque détruites.

Lobule de l'insula, capsule externe et avant-mur creusés d'une cavité remplie de liquide jaunâtre. — Partie antérieure de la capsule interne, jaunâtre.

Artère sylvienne oblitérée par un caillot. — Pas d'athérome aortique.

Abdomen. — Col de l'utérus : épithélioma pavimenteux tubulé. — Coagulations fibrineuses dans les deux veines utéro-ovariennes. A gauche, veine rénale et veines lombaires obstruées.

Nous répétons, après avoir rapporté ces deux observations, ce que nous avons déjà dit en commençant cet article : il est nécessaire, à propos de ces faits, comme à propos de cas semblables, déjà publiés, de faire des réserves ; peut-être chez ces malades, existait-il une lésion de l'hémisphère droit, en même temps que l'on rencontrait la lésion de l'hémisphère gauche, lésion qui, à l'autopsie, surtout si l'on n'est pas prévenu de la possibilité de la coïncidence, peut parfaitement passer inaperçue, d'autant plus que, quelquefois, elle est minime et placée profondément.

Une doctrine, comme celle des localisations cérébrales, dont la démonstration détruit, de fond en comble, le dogme de l'unité fonctionnelle du cerveau, devait, forcément, donner toujours lieu à des débats contradictoires ; encore est-il nécessaire d'étudier minutieusement les faits isolés qui semblent détruire un point bien acquis à la science.

REVUE CRITIQUE

MÉTALLOSCOPIE, MÉTALLOTHÉRAPIE, ÆSTHÉSIOGÈNES
(*Addition*);

Par le Dr Romain VIGOUROUX [1].

Nous avons parlé avec quelque étendue du scepticisme, qui en Angleterre avait accueilli les premiers faits relatifs aux æsthésiogènes. Nous ne voudrions pas cependant avoir laissé dans l'esprit du lecteur l'impression que ce scepticisme ait été partagé par tous les médecins anglais. En regard des négations à priori de quelques-uns, nous aurions dû placer la réserve vraiment scientifique ou les observations confirmatives des autres. Réparons brièvement cette omission.

Plusieurs savants anglais ont, dès l'origine de la question, cru devoir se rendre compte *de visu* des expériences de la Salpêtrière. Le docteur Hack Tuke a donné dans le *Journal of mental science* (janvier 1879) la relation des faits dont il a été témoin. Il a pris soin de faire lui-même, sur les malades du service de M. Charcot, des expériences de contrôle, en vue de l'objection fondamentale, de l'influence de l'imagination. Il ne cherche pas à expliquer les phénomènes dont il a pu constater la réalité; mais il montre d'une façon particulièrement saisissante combien il est peu logique d'attribuer à l'imagination tous les effets des æsthésiogènes, sous le prétexte qu'on a prouvé l'influence de l'imagination sur certains actes de l'organisme.

Vers la même époque (le milieu de 1878), le Dr Sigerson faisait à la Salpêtrière une série de visites dont il a rendu compte dans le *Brit. med. Journ.*, février 1879. Il n'éleva aucun doute sur la rigoureuse exactitude des expériences de métalloscopie et autres dont il a été témoin.

[1] Voir t. I, p. 257, 413 et 564.

Le professeur Gamgee (de Manchester) assista aussi aux diverses expériences sur les aimants et électro-aimants dont on s'occupait alors plus spécialement. Il en a donné dans le *British medical Journal*, de janvier 1878, une relation étendue et absolument confirmative; il y discute amplement la question de méthode.

Il y aurait encore à citer les nombreux médecins anglais qui ont eu l'occasion de répéter ou de varier les expériences de la Salpêtrière sur des malades de leur pays, non suspectes par conséquent d'imitation inconsciente ou autre. Ainsi le Dr Mac Call Anderson a communiqué à la Société médico-chirurgicale de Glascow l'observation d'une malade hystéro-épileptique traitée par les métaux, et le Dr Mac Kendrick a fait sur cette malade les expériences de contrôle les plus rigoureux (*Glascow med. Journ.*, 1879). D'autres faits ont été rapportés par Stone, Ringrose-Atkins, etc. On trouvera d'ailleurs dans le *Progrès médical* le résumé de ces observations et de quelques autres.

R. V.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Contribution a l'étude de la sclérose centrale (sclérose périépendymaire); par Aug. Eickholt. (*Arch. f. Psych. u. Nervenh.*, 1880.)

L'observation longuement rapportée qui forme la base de cette note concerne une femme de 42 ans ne présentant rien d'anormal parmi ses anamnestiques, ni dans le domaine de l'hérédité, ni dans son histoire nosographique, ni dans son existence génitale. La maladie en question débute par des *vertiges* et des *troubles psychiques* qui, d'abord constitués par de simples absences, des distractions, se transforment soudain en une agitation au fond de laquelle on perçoit le délire des persécutions; en même temps la démarche est vacillante. Pendant les quatre mois que dure cette phase, on constate : une série

d'accès d'agitation à forme impulsive, de l'incoordination motrice généralisée. des tremblements fibrillaires des lèvres, une parole trémulante, traînée, scandée, des oscillations dans les extrémités supérieures au repos, de la titubation pendant la marche et à la fois l'attitude de la femme grosse (rejet du centre gravité en arrière), le signe de Romberg, de l'inégalité et de l'inertie pupillaires (dilatation plus prononcée à gauche), de l'affaissement des traits du visage, de l'augmentation dans la pression intra-oculaire; l'amaurose que l'on signale sur l'œil gauche correspond à l'apparence confuse de la papille dont on ne peut distinguer les vaisseaux, tandis que les examens ophthalmoscopiques du côté droit décèlent un dessin imparfait sans netteté, une coloration rouge livide, une légère dilatation de l'artère centrale avant sa division en des ramifications exiguës, de la réplétion des veines. Enfin une *démence complète profonde* termine cette période par un calme absolu. Bientôt après c'est à une série de *crises convulsives généralisées* alternant avec des instants d'agitation que l'on assiste. Les premiers, caractérisés par tous les phénomènes de l'épilepsie grave, y compris les contractions du diaphragme, les vomissements, la dyspnée intense, précèdent, puis accompagnent la marche graduellement croissante des troubles moteurs; dans leur intervalle on note un tremblement violent des extrémités supérieures avec inclinaison très prononcée du corps à droite, la diminution excessive de la sensibilité, des hémiparésies passagères, de l'atrophie progressive de l'ensemble du système musculaire débutant par les membres supérieurs et ne sautant pas de tel groupe à tel autre. On voit aussi par moments des convulsions localisées sur un côté du corps, sur les muscles du cou à l'occasion de quelques mouvements (décubitus dorsal, flexion du tronc); même remarque au sujet de la rigidité de la charpente musculaire qui passe à l'état de permanence durant le dernier mois en même temps que l'ensemble des extrémités sont presque perpétuellement animées de secousses cloniques. Mentionnons aussi des *cris hydrocéphaliques*, et une *insuffisance mitrale* des plus évidentes. La mort, résultat de la déchéance organique, des accidents gangréneux du décubitus, et d'une pneumonie du lobe inférieur droit, met un terme à l'affection après vingt mois de durée.

L'autopsie révèle : une atrophie de la région thoracique et lombaire de la moelle en partie ramollie, une coloration gri-

sâtre des cordons postérieurs dans la **région cervicale, u** *dilatation brusque du canal central* à partir du segment dors supérieur de l'organe jusque dans la portion lombaire q mesure 1 à 2 millimètres de diamètre au début du renfleme lombaire. — Le cerveau est également volumineux par l'*expa sion maxima des ventricules latéraux* d'où sourd un liqui clair; l'atrophie des ganglions de la base, des tubercules qu drijumeaux, l'aplatissement des bandelettes optiques, l'ami cissement des nerfs optiques témoignent de la compressio Epaississement de l'épendyme. Nombreuses granulations s le plancher ventriculaire. Atrophie de la substance grise œd matiée, brunâtre; congestion de la substance blanche ferme dure; réduction de la couronne rayonnante. Lésions mitrale *L'analyse histologique* démontre: une *prolifération de névralgie cérébrale* : réplétion énorme des vaisseaux, exsud tion d'un grand nombre d'hématies, hyperplasie nucléaire d parois vasculaires, feutrage épais de fines fibrilles conjonctive atrophie des cellules nerveuses — un travail identique dans *couche sous-épithéliale de l'épendyme*, dans la pie-mère médu laire et le long des racines antérieures et postérieures. C lésions qui rétrocèdent dans les régions où la dilatation d canal est moindre (4e ventricule) reparaissent à mesure qu dans la moelle, le diamètre de ce dernier augmente et s'accon pagnent alors de la *prolifération de la substance gélatineu centrale*. Les cordons sont peu atteints, mais les cornes devie nent le siège des modifications vasculaires indiquées et de l dégénérescence inflammatoire des éléments nerveux à de stades divers qui suivent, elles aussi, la marche de l'agrandi sement de l'ectasie centrale.

En somme, tout portant à conclure à la dilatation de cavité naturelles sous l'influence d'un processus cérébro-spinal d nature scléreuse partout identique, ainsi que paraît l'indique l'exagération des lésions le long de l'axe nerveux dans le régions où l'ectasie est la plus prononcée et inversement, voi comment le Dr Eickholt relie les lésions épendymaires à l'hy drocéphalie et à l'hydromyélie. Chez une cardiaque (lésions de orifices non compensées) se produit une sclérose diffuse d cerveau (symptômes psychiques); à raison des stases vasc laires d'origine cardiopathique, celle-ci ne tarde pas à se con pliquer d'hydropisie ventriculaire dont la résorption se trouv empêchée par l'inflammation toujours progressante de l'épe

dyme. Même mécanisme pour la moelle ; de sorte qu'à l'hydrocéphalie se joint l'hydro ou syringomyélie ; en outre ici l'inflammation des cornes antérieures, préparée par la sclérose périépendymaire, apporte son concours à l'ectasie en ce sens que leur terrain favorable au ramollissement et à la fluidification bien plus qu'à la sclérose, laisse un champ beaucoup plus libre à la dilatation centrifuge du canal, (Voy. sur ce sujet : Hallopeau. *Archives génér. de médecine*, 1871-72.) P. K.

II. Sur les nouvelles expériences relatives au magnétisme animal ; par le Dr P. Grutzner (de Breslau). (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, etc., n° 10, 15 mai 1880.)

C'est une revue critique, sans faits nouveaux, des recherches récentes de Ch. Richet, Heidenheim, O. Berger, et autres.

III. Névralgie naso-orbitaire intermittente ; par le Dr A. Seeligmuller (de Halle). (*Centralb. f. nerv.*, n° 1, 1er juin 1880).

L'auteur a observé une douzaine de cas dans lesquels, en l'absence (sauf dans un) de toute influence paludéenne, les accès revenaient à heure fixe avec une précision surprenante. La durée de l'accès était en moyenne de 2 ou 3 heures, la douleur, spontanée ou à la pression, extrêmement intense. La plupart des malades étaient des hommes ; leur âge compris entre vingt et quarante ans.

Le sulfate de quinine et tous les autres moyens n'avaient donné aucun résultat. Seule la douche nasale, réitérée plusieurs fois par jour, avait eu rapidement raison de l'affection. On la faisait d'abord avec du lait tiède, plus tard avec de l'eau faiblement salée. L'auteur suggère, pour les cas qui pourraient résister à ce moyen, l'emploi d'une solution de salicylate de soude.

M. Seeligmüller pense avec Horner qu'il s'agit là d'un catarrhe des sinus frontaux et il attribue les douleurs à une rétention dans ces cavité des produits sécrétés. Ceux-ci agiraient à la fois chimiquement et surtout mécaniquement. La muqueuse des sinus est très riche en nerfs ; elle reçoit des filets de presque toutes les divisions de la branche ophthalmique de la 5e paire. R. V.

IV. La question du galvanomètre; par le Dr Ernest Remak (Berlin). (*Centralb. f. Nervenheilkunde*, n° 12 du 15 juin 1880.)

L'auteur présente quelques observations relatives à la proposition de de Watteville et de Hesse, reproduites par Bernhardt dans le n° 9 du *Centralblatt*, de graduer en milliwebers les galvanomètres des appareils médicaux.

Il avait, avant de Watteville, montré que l'on peut évaluer la force absolue de courant correspondant à la déviation d'un galvanomètre vertical, par l'insertion d'une résistance convenable dans le circuit; seulement, la force absolue de courant qu'il obtient, d'après les principes de la physique *allemande* est toujours représentée par une fraction décimale, à savoir, le quotient de la force électro-motrice des éléments (exprimée en unités de force électro-motrice, l'unité étant la quantité d'électricité qui, à travers l'unité de résistance, décompose en une minute un centimètre cube d'eau) par la résistance totale exprimée en unités de Siemens. Abstraction faite de la bizarrerie du mot milliweber, il ne voit pas pourquoi de Hesse et Bernhardt, sans doute séduits par son origine *étrangère* veulent introduire un système basé sur des unités étrangères de force électro-motrice et de résistance (Volt et Ohm), renonçant ainsi aux résultats, à peine conquis, de la physique de leur pays et embarrassant la médecine de conceptions difficiles à saisir sans le secours des mathématiques. Du reste, d'après la correction admise par Bernhard, un milliweber s'exprime en force absolue par $\frac{12 \text{ E.}}{1,000 \text{ S. E.}}$, de sorte que pour tous les cas, on peut facilement par division par ce nombre, ou par multiplication par la réciproque $\frac{1,000}{12} = 83,3$ évaluer en milliwebers la force absolue de courant.

M. Remak fait ensuite remarquer que l'adoption du système absolu avec galvanomètres verticaux, presque exclusivement employés en Allemagne, ne peut être exact que pour les premières divisions du cadran. Il préfère renoncer dans la pratique, aux mesures absolues et recommande le galvanomètre d'Erb. C'est un instrument qui, par l'adjonction facultative de différentes longueurs de fil, peut acquérir différents degrés de sensibilité. R. V.

V. Remarques sur l'article précédent ; par le Dr Bernhardt (de Berlin). (*Centralb. f. Nerv.*, n° 12, 1880.)

B., montre, en citant des précédents, que l'origine étrangère d'une innovation scientifique n'a jamais été un obstacle à son adoption en Allemagne. — Il fait ressortir la simplicité de l'évaluation en milliweber, et insiste sur l'utilité qu'il y aurait à avoir en électrothérapie des données uniformes, indépendantes de la construction particulière des appareils des différents observateurs.

VI. Ve Réunion des neurologues et aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne, a Baden-Baden, les 5 et 6 juin 1880. (Compte rendu du Dr Moriz Mayer.)

VII. Guérison d'un eczéma chronique partiel par les courants galvaniques ; par Hammon. (*Neurological Contributions*, 1879, n° 1, p. 83.)

Le malade, âgé de soixante-dix ans, souffrait depuis huit mois d'un eczéma chronique occupant la face palmaire et dorsale de la dernière phalange du pouce. Le bout du doigt était rouge, à vif, creusé de fissures douloureuses et très sensibles au toucher.

Après cinq mois de traitements infructueux, le Dr Morton vit le malade et essaya à son tour, pendant deux mois, divers traitements internes et externes, sans plus de succès. Il eut enfin recours au moyen suivant : un gros dé à coudre en argent fut attaché par un fil à une plaque de zinc. Le dé fut mis au pouce et la plaque de zinc appliquée sur le bras ; on plaça un peu de charpie sous la plaque de zinc, et cette charpie fut maintenue imbibée d'un mélange d'eau et de vinaigre. Au bout de quelques jours la sécrétion purulente se tarit ; les fissures se cicatrisèrent, la peau devint blanche et ferme ; au bout de quatre mois l'affection ne s'était pas reproduite. C. T.

VIII. Névralgie sciatique guérie par l'élongation du nerf ; par Norman Mackintosh (*American journ. of. med. sc.*, avril 1881, p. 456.)

Le malade, âgé de quarante et un ans n'avait jamais eu la syphilis. Il souffrait depuis seize ans d'une névralgie sciatique

occupant la cuisse, le genou et le pied ; la névralgie avait résisté à tous les moyens ordinaires. Les attaques d'abord rares, avaient peu à peu augmenté de fréquence et d'intensité. A la fin, la douleur était presque continue, durant cinq à six semaines sans relâche ; durant ce paroxysme, le malade mangeait à peine et ne dormait plus ; les injections de morphine ne produisaient plus ni amendement, ni sommeil. Le docteur Mackintosh se décida à faire l'élongation. Après anesthésie par l'éther et avec les précautions antiseptiques, il fit une incision longitudinale de cinq pouces et demi sur le trajet du nerf, commençant au niveau du bord inférieur du grand fessier; séparant les muscles et disséquant avec soin, il mit le sciatique à découvert et l'étira fortement. La plaie se cicatrisa par première intention. Les douleurs disparurent complètement après l'opération, et quatre mois après il n'y avait eu aucune crise nouvelle. C. T.

IX. Piscidia erythrina ; par Isaac Ott. (*The Brain*, III, p. 452-456, 1880.)

Aux médicaments antinévralgiques, aux narcotiques, aux calmants déjà si nombreux, M. Ott vient proposer d'ajouter une nouvelle substance, l'extrait de *piscidia erythrina*, qui aurait sur l'opium l'avantage de ne pas constiper et de ne pas troubler l'appétit. Ce produit est fourni par un arbre de la Jamaïque, que son écorce rouge a fait surnommer l'arbre corail.

Ses propriétés stupéfiantes sont bien connues des naturels qui les utilisent pour la pêche des petits poissons, sans le moindre inconvénient pour le consommateur. Presque toutes les parties de la plante jouissent de la même propriété; mais pour préparer l'extrait employé en médecine, on se contente de traiter par l'alcool l'écorce des racines. On obtient ainsi un liquide rougeâtre, à saveur âcre, ressemblant au laudanum dont il a l'odeur. Les expériences de M. Ott, faites sur des lapins et des grenouilles, permettent de rapprocher l'extrait de *piscidia erythrina* de la morphine et du chloral. C'est un narcotique, sans action sur les nerfs, moteurs ou sensitifs. Il diminue le pouvoir réflexe des centres nerveux, ralentit le pouls, et augmente la tension artérielle au début, pour l'abaisser ensuite ; enfin il produit le tétanos, dilate la pupille, et excite

les sécrétions de la salive et de la sueur. Son action sur le rein n'est pas notée. Il ne semble pas que l'extrait étudié par M. Ott soit doué de propriétés bien énergiques, puisque pour tuer des lapins, il a dû leur en injecter quarante-huit gouttes par la voie sous-cutanée. R. BLANCHARD et J. PIGNOL.

X. PARALYSIE AGITANTE GUÉRIE PAR LA GALVANISATION CENTRALE, LE BROMURE DE SODIUM ET L'HYOSCYANIUM; par Ed.-C. MACNA. (*Journ. of mental and nervous diseases*, janv. 1881, p. 124.)

Mme E..., âgée de cinquante ans, était atteinte d'un tremblement généralisé et continuel compliqué de troubles cérébraux graves, avec délire de persécutions, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il y avait rigidité musculaire et contracture marquée, la tête était inclinée en avant et fixe, le tronc était aussi penché en avant; la marche était difficile. La force musculaire et la sensibilité étaient intactes. La langue était agitée d'une trémulation notable. Le tremblement avait débuté par une main et le bras et avait peu à peu gagné tout le corps. L'affection s'était développée graduellement sous l'influence de chagrins domestiques.

Le docteur Mann soumit la malade au bromure de potassium et de teinture d'hyocyanium. Il applique l'électricité sous forme de galvanisation centrale et de courant bi-temporal. L'excitation mentale se calma rapidement. A la fin du second mois tout trouble cérébral avait cessé; en même temps la rigidité et le tremblement disparaissaient; la marche devenait plus animée; la tête et le tronc se redressaient Au bout de trois mois, la malade était complètement guérie. C. T.

XI. QUELQUES POINTS DE LA PATHOLOGIE DES LÉSIONS OCULAIRES DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE ET SPINALE; par STEMAN BULL. (*American journ. of med. sc.*, avril 1881, p. 382.)

La fréquence des troubles oculaires de la syphilis cérébro-spinale a été mise en relief par les écrits de Hugh. Jackson et de Fournier. Les paralysies des muscles de l'œil aussi bien que les troubles visuels, amblyopies, amauroses, sont des faits bien connus aujourd'hui; l'auteur résume les prin-

cipaux caractères de ces diverses manifestations syphilitiques ; il signale leur valeur pronostique et diagnostique. Avec Hughling Jackson, il insiste sur la nécessité de pratiquer l'examen ophthalmoscopique chez tout individu qui présente quelques symptômes attribuables à la syphilis cérébrale. Si étrange que paraisse le fait, en effet, diverses observations ont montré que les signes physiques de la névrite optique et de la neuro-rétinite peuvent exister sans que le malade accuse aucun trouble de la vue. Cette névrite optique peut s'accompagner de la paralysie d'un ou de plusieurs des muscles moteurs de globe oculaire. Elle coexiste fréquemment comme l'a indiqué Jackson , avec des attaques d'épilepsie unilatérale. L'association de ces deux ordres de phénomènes est en rapport le plus souvent avec une lésion syphilitique des circonvolutions. Bull rapporte cinq observations dont nous nous contenterons de donner le sommaire.

Observation I. — Parésie du droit supérieur gauche ; ptosis transitoire à plusieurs reprises ; paraplégie ; atrophie des nerfs optiques consécutive à la névrite.

Observation II. — Paralysie de la troisième paire, droite et du droit supérieur droit ; atrophie blanche simple des nerfs optiques.

Observation. III. — Névrite optique terminée par l'atrophie du nerf optique droit, sans autre phénomène cérébral que de la céphalée.

Observation IV. — Ptosis du côté gauche, névrite optique double.

Observation V. — Paralysie du droit inférieur droit ; ptosis à droite ; atrophie du nerf optique droit ; surdité complète d'un côté, partielle de l'autre. Dans ce cas, les phénomènes auditifs s'accompagnèrent de tous les symptômes de la maladie de Ménière, vertiges avec perte de l'équilibre et bourdonnements d'oreilles. Ces symptômes cédèrent au traitement antisyphilitique, mais le malade garda une surdité complète de l'oreille gauche. C. T.

XII. De l'élongation des nerfs ; par L. Witkowski, de Strasbourg. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, t. XI.)

Les recherches histologiques et les expériences entreprises à ce sujet se rapportent à trois sortes d'individualités, qui sont : 1° le cadavre humain ; — 2° l'homme ; — 3° les animaux.

L'allongement brusque et vigoureux de tout un membre raidi et contracturé par *la mort* produit, de même que l'élongation directe de son nerf, une rupture de la myéline, par places, tout le long du nerf; on la trouve refoulée de part et d'autre des endroits tiraillés. Intégrité des gaines et des cylindres-axes. —Un examen pratiqué peu de temps après l'opération de l'élongation chez l'animal (lapin, cobaye) décèle les mêmes lésions et quelquefois la déchirure du cylindre-axe. Mêmes observations sur le sciatique d'un homme élongé un jour avant sa mort, pour un tétanos traumatique. (Pertik de Budapesth et Witk.) L'auteur a grand soin de faire ressortir en même temps qu'il a constamment pris soin dans ses expériences de graduer la force de traction, par comparaison de l'animal à l'homme, et conformément aux recommandations de Nüssbaum. — Tout nerf qui a subi ce traitement, présente au delà du troisième jour (lapin) un début *de dégénérescence* (segmentation myélinique, discontinuité ou absence complète du cylindre-axe; gaînes vides ou remplies d'une matière grenue (multiplication des noyaux); le processus était complet sur une fibre de chien au neuvième jour; au quatorzième, un lapin présentait un grand nombre de fibres dégénérées sur la périphérie du nerf. En aucun cas, W... ne constata d'altération anatomique dans le bout central par rapport au lieu de préhension. Pas de troubles trophiques, même aux muscles; troubles de la locomotion variables et passagers. Macroscopiquement l'opération peut donner lieu à des hémorrhagies dans les gaînes et assez souvent à la rayure de Fontana (tassement des fibres les unes contre les autres).

En somme l'élongation, en supprimant la conductibilité d'un certain nombre de fibres, détermine rapidement une dégénération qui s'étend dans le bout périphérique. C'est bien une section partielle (Verneuil). Si comme tend à le croire l'auteur, il est vrai qu'à l'état normal on peut constater sur les nerfs périphériques des vestiges de processus, de dégénérescence et de régénération (opinion de Mayer), l'élongation constituerait un coup de fouet ranimant, accélérant, multipliant dans le système nerveux les processus de déchéance et de néoplasie physiologiques.

Pour finir, quelques conclusions histologiques. M. W... fait ressortir que bien que le nerf n'ait pas participé au traumatisme de la plaie d'ailleurs toujours très modéré, bien qu'il n'ait présenté, caché dans la profondeur, dans sa gaine intacte, aucun

phénomène inflammatoire, la ***réparation du tissu nerveux n'a jamais eu lieu par première intention :*** elle a toujours été précédée par de la dégénérescence, que la plaie guérit ou non par première intention (mêmes altérations nerveuses dans les deux cas). — D'autre part, pour que la ***dégénérescence soit complète***, il faut que *le cylindre-axe soit rompu*.— La rupture des cylindres-axes brisés par l'élongation a lieu, presque sans exception, entre deux étranglements annulaires, ce qui prouve la *fausseté de l'opinion d'Engelmann* aux termes de laquelle un nerf serait composé d'autant de segments de cylindre-axe qu'il y a d'étranglements, segments reliés entre eux par un ciment organique interposé en ces points. D'ailleurs les altérations traumatiques sont loin de se limiter régulièrement à l'étranglement le plus voisin. P. K.

XIII. De l'amaurose consécutive aux lésions du sourcil ou de la région orbitaire; par J. Santos Fernandez (de la Havane); traduction anglaise par A.-B. de Luna. (*The American journal of the Medical Sciences*, n° de janvier 1881.)

Cette étude historique, clinique et expérimentale se termine par les conclusions suivantes :

1° L'amaurose consécutive aux lésions du sourcil est généralement causée par des lésions cérébrales ; la preuve, c'est que dans le plus grand nombre des cas, le malade perd connaissance ou meurt peu de temps après l'accident;

2° Bien que la littérature ophthalmologique moderne ne contienne pas un seul cas dans lequel l'examen ophthalmoscopique ait été régulièrement pratiqué pendant toute la durée de la maladie, deux de mes cas, ainsi que les observations de Galezowski, tendent à prouver que l'amaurose est due soit à une atrophie de la papille, relevant elle-même d'une lésion plus ou moins grave ; soit à une lésion du nerf optique à son passage dans le trou optique;

3° Les cas dans lesquels l'amaurose a été attribuée à une action sympathique ou à l'excitabilité de la cinquième paire appartiennent à une époque où l'ophthalmoscope n'était pas encore en usage, et ont par conséquent pu donner lieu à des interprétations erronées;

4° L'amaurose occasionnée par une simple irritation du nerf sus-orbitaire résultant de piqûres, de distension cicatricielle ou

de toute autre cause, pourrait à l'heure actuelle être mise en doute; car on ne trouve pas, à l'appui de son existence, une seule observation clinique complète; mais comme on a observé l'amaurose sympathique par excitabilité de la branche maxillaire de la cinquième paire, il ne saurait être permis, en bonne logique, de nier la possibilité d'un résultat semblable pour ce qui concerne le nerf sus-orbitaire, l'une des trois principales branches du trijumeau ;

5° L'identité complète une fois admise entre l'amaurose qui résulte d'une irritation du nerf maxillaire supérieur et celle qui résulte d'une irritation du nerf sus-orbitaire, le pronostic doit être considéré comme également favorable dans les deux cas : quant à l'amaurose consécutive aux lésions du sourcil et aboutissant à l'atrophie de la papille, elle est incurable ;

6° Dans les expériences instituées sur les chiens, les divers traumatismes provoqués de la région sus-orbitaire n'ont pas été suivis d'amaurose. R. DE M. C.

XIV. SUR LES FRACTURES NON MORTELLES DE LA BASE DU CRANE, avec cent trente-cinq observations; par John-A. LIDELL. (*The American journal of the Medical Sciences,* n° d'avril 1881.)

On a déjà rendu, et il faut rendre encore aux chirurgiens américains cette justice, qu'ils ont merveilleusement tiré parti du champ d'observation que leur a fourni la guerre de la Sécession. C'est à la source intarissable de documents recueillis à cette époque que M. Lidell a puisé les matériaux de son important travail, dont nous reproduisons ici les conclusions :

1° Les fractures qui intéressent la base du crâne ne sont pas nécessairement mortelles; au contraire, la proportion des guérisons est considérable ;

2° Les malades qui guérissent le mieux sont ceux que l'on tient au repos, que l'on traite par la méthode antiphlogistique, c'est-à-dire par l'alimentation restreinte, les applications froides sur la tête, les purgatifs, les mercuriaux, les vésicatoires, suivant le cas, pendant la durée de la période d'inflammation et de suppuration qui succède à la lésion. Plusieurs malades, dont l'état paraissait désespéré, ont été sauvés par ce traitement; faute d'y avoir recours au contraire, beaucoup de blessés n'ont guéri qu'imparfaitement, et quelquefois le résultat a été plus fâcheux encore ;

3° La ligature de la carotide primitive peut être pratiquée avec succès pour arrêter l'hémorrhagie de l'artère méningée moyenne. Ce traitement a réussi dans deux cas;

4° Chez beaucoup de blessés atteints de fracture par coup de feu de la base du crâne, et surtout chez ceux qui ont été imparfaitement, incomplètement ou négligemment traités, on voit, après une amélioration apparente plus ou moins prolongée, la santé générale se détériorer, l'atrophie et les contractures tendineuses survenir dans les membres paralysés, la céphalalgie et les vertiges persister, la cécité et la surdité augmenter; enfin on voit apparaître l'épilepsie traumatique, l'altération des facultés mentales, etc. Beaucoup des cas rapportés viennent malheureusement à l'appui de cette assertion. Aussi, le grand enseignement pratique qu'il convient de tirer de ces faits, c'est que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un de ces traumatismes, il faut demeurer convaincu des fâcheux résultats que peut avoir un traitement insuffisant, et poursuivre avec persévérance pendant tout le temps nécessaire un traitement approprié. Par dessus tout, il faut assurer au malade les bénéfices d'un milieu parfaitement calme, d'un repos physique et moral absolu et d'un sévère régime antiphlogistique. R. de M. C.

XV. Etude sur les hémorrhagies primitives, immédiates ou directes des ventricules cérébraux; par Edward Sanders. (*The American Journal of the Medical Sciences*, n° de juillet 1881.)

L'auteur n'entend parler dans ce travail que des hémorrhagies qui ont leur origine soit dans le ventricule lui-même, soit en un point de ses parois, indépendamment de toute lacération du tissu cérébral, de toute effraction de sang venu d'ailleurs. Tous les auteurs s'accordent à considérer cette lésion comme extrêmement rare; mais M. Sanders pense que souvent elle a passé inaperçue ou bien a été méconnue; ses recherches bibliographiques lui ont permis d'en rassembler quatre-vingt-quatorze cas. Les causes de l'hémorrhagie intra-ventriculaire primitive ne diffèrent pas essentiellement de celles des extravasations sanguines ordinaires. Au point de vue de l'âge, il est à remarquer (si toutefois il est permis de conclure d'après un nombre de cas aussi restreint) que l'hémorrhagie intra-ventri-

culaire primitive serait sensiblement plus fréquente aux deux extrêmes de la vie : elle est d'ailleurs plus uniformément répartie entre les divers âges que l'hémorrhagie cérébrale proprement dite. Elle paraît avoir été observée plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

Si l'on recherche quelles sont les maladies ou les états anormaux qui existaient chez les sujets que l'hémorrhagie intraventriculaire a frappés, on trouve trois fois la grossesse, deux fois la délivrance récente, treize fois l'augmentation de volume du cœur (avec hypertrophie gauche très accusée dans cinq cas), dix fois une hémorrhagie ou une hémiplégie antérieure, une fois la leucocythémie, une fois le scorbut, une fois le purpura, une fois la cachexie palustre, deux fois l'effort brusque ou prolongé, trois fois des sensations émotives violentes, une fois l'inflammation du ventricule lui-même. D'autre part, toutes les conditions (goutte, alcoolisme, syphilis, etc.) qui, en provoquant l'altération des parois vasculaires cérébrales, prédisposent à l'hémorrhagie cérébrale ordinaire, paraissent devoir prédisposer également à l'hémorrhagie intra-ventriculaire primitive.

Au point de vue du mécanisme, l'auteur ne se refuse pas à admettre, bien qu'à cet égard il conserve quelques doutes, que des hémorrhagies de ce genre puissent se produire par simple exhalation, en dehors de toute rupture vasculaire ; mais cette explication ne serait en tout cas applicable qu'aux hémorrhagies très minimes. Le plus souvent, c'est à la rupture d'un vaisseau situé sur la paroi vasculaire ou dans son voisinage immédiat qu'il faut attribuer les phénomènes observés. Il convient aussi de tenir compte, au point de vue étiologique, des anévrysmes, des tumeurs intra-crâniennes, de l'inflammation du ventricule lui-même, de l'atrophie et du ramollissement du cerveau, ainsi que des diverses modifications subies par les vaisseaux du cerveau en général, ou par les vaisseaux directement intéressés dans l'hémorrhagie. Quant aux anévrysmes miliaires, il est permis de supposer, et quelques faits viennent à l'appui de cette manière de voir, que les vaisseaux ventriculaires ne se comportent pas autrement à l'égard de cette lésion que les autres vaisseaux cérébraux.

En dehors des conditions particulières qui résultent du siège même de l'hémorrhagie, les phénomènes anatomo-pathologiques ne paraissent présenter aucun caractère qui leur soit exclusif.

Au point de vue du diagnostic, il est surtout important de

distinguer l'hémorrhagie intra-ventriculaire primitive de l'hémorrhagie cérébrale ordinaire et de l'hémorrhagie méningée. L'auteur a résumé dans deux tableaux, que nous reproduisons, les éléments de ce double diagnostic différentiel :

1° HÉMORRHAGIE VENTRICULAIRE.	HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.
Fréquente chez les sujets jeunes ou âgés.	Fréquente surtout vers le milieu de la vie.
Début très rapide et violent.	Début plus lent et moins violent.
Coma ordinairement très profond datant tout à fait du début de la maladie.	Coma généralement moins profond.
Convulsions fréquentes.	Convulsions rares.
Contracture fréquente.	Contracture rare.
La paralysie manque souvent; quelquefois elle est généralisée.	La paralysie est la règle; elle revêt généralement la forme hémiplégique.
Une amélioration ou une rémission passagères des symptômes ne sont pas rares.	L'amélioration passagère est beaucoup moins fréquente.
La guérison est une terminaison rare.	La guérison est fréquente.
La mort est rapide; elle survient souvent en quelques heures.	Même en cas de terminaison funeste, la vie se prolonge ordinairement pendant plusieurs jours.

2° HÉMORRHAGIE VENTRICULAIRE.	HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE.
Pas d'antécédents pour expliquer la lésion.	On trouve dans les antécédents : pour le nouveau-né, un accouchement laborieux; pour l'adulte un traumatisme.
Les symptômes prémonitoires ne sont pas rares.	Ces symptômes manquent ordinairement.
Céphalalgie rare.	Céphalalgie fréquente (Ramskill).
Si la paralysie existe, règle générale elle n'est pas généralisée; c'est une hémiplégie.	La paralysie est ordinairement généralisée; l'hémiplégie est exceptionnelle (Nothnagel).
La déviation de la bouche et de la langue sont plus communes.	Ces déviations sont rares (Ramskill).
La contracture est très commune.	La contracture, quoique fréquente, est moins commune.
Les convulsions existent souvent, mais elles sont moins communes.	Les convulsions sont la règle.
Vomissements moins fréquents.	Vomissements très fréquents.
Pas de symptômes de méningite secondaire avec fièvre.	Symptômes de méningite secondaire avec forte fièvre vers le troisième ou le quatrième jour.
Mort rapide.	Règle générale, la vie se prolonge pendant plusieurs jours.

Le pronostic est presque toujours fatal : sur les quatre-vingt-quatorze cas rassemblés par l'auteur, on ne compte que trois guérisons; dans ces trois cas, l'hémorrhagie n'avait envahi qu'un seul ventricule. R. DE M. C.

XVI. SUR CERTAINES PHASES PEU CONNUES DU TABES DORSAL; par Th. BUZZARD. (*The Lancet*, septembre 1881.)

L'auteur pense que quelquefois l'absence du réflexe patellaire est le seul symptôme du tabes. L'ataxie des mouvements peut manquer chez des sujets qui offrent déjà les symptômes les plus graves du tabes; il cite plusieurs faits de crises gastriques, d'arthropathies, chez des sujets qui n'avaient pas d'incoordination. Il appelle également l'attention sur la prééminence que peuvent encore prendre quelques autres symptômes qui sont relégués au second plan : les troubles vésicaux du tabes prennent quelquefois une telle importance qu'ils sont considérés comme constituant toute la maladie. M. Buzzard rapporte le fait d'un hémiplégique chez lequel on ne trouva non seulement pas l'exagération des réflexes du côté paralysé, mais même aucune réaction au choc du tendon patellaire; on apprit que ce sujet avait eu auparavant des douleurs fulgurantes, de la diplopie, etc., c'était un ataxique. Il insiste aussi sur les chutes brusques auxquelles les ataxiques peuvent être sujets, par suite d'une paraplégie subite, quelquefois assez marquée pour obscurcir le diagnostic. CH. F.

XVII. SUR UNE LÉSION DE L'AXE GRIS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DANS UN CAS DE SYPHILIS RÉCENTE; par A. JARISCH. (*Wiener Medizin. Blatter*, 1881.)

L'auteur ayant observé plusieurs fois au début de la syphilis une exagération des réflexes cutanés et tendineux qui avait disparu sous l'influence d'un traitement antisyphilitique s'était demandé si ces phénomènes ne devaient pas être mis en rapport avec des lésions médullaires analogues à celles qu'il avait déjà décrites dans certaines affections cutanées. Il a eu l'occasion d'examiner la moelle d'un individu atteint de syphilide papulo-squammeuse. Sur certaines coupes de la partie inférieure de la moelle dorsale, on constatait que les cornes antérieures étaient gonflées et élargies, surtout dans leurs parties

latérales. Les altérations microscopiques les plus intenses siégeaient depuis les racines de la dixième paire dorsale jusqu'au renflement lombaire ; elles n'étaient pas continues, mais se présentaient plutôt sous forme de nodules. On constatait principalement une vascularisation énorme de la substance grise, surtout dans les parties centrales et latérales, et notamment, dans le processus réticulaire. Dans plusieurs endroits, cet état avait amené de petites hémorrhagies. Les vaisseaux de la commissure surtout étaient élargis et gorgés de sang, leur adventice épaissie. La substance grise présentait des altérations qui étaient en rapport intime avec cette hypérémie et ces proliférations vasculaires. Là où le processus était le plus intense, la structure propre à la substance grise avait complètement disparu ; le réseau conjonctif était très épaissi, et dans cette masse plus ou moins homogène, les cellules ganglionnaires paraissaient gonflées et comme remplies de liquide: dans quelques-uns le noyau était peu distinct. D'autres fois le noyau était tout à fait libre ou à peine entouré des restes du protoplasma. Les altérations étaient surtout marquées dans les cellules ganglionnaires des colonnes de Clarke, du groupe latéral et des parties centrales, tandis que les cellules multipolaires antérieures participaient à un degré bien moindre, mais manifeste, au processus pathologique. Dans la même région, la substance blanche de la moelle était vascularisée, son tissu conjonctif était gonflé sans altération des tubes nerveux. Ces lésions étaient beaucoup moins marquées. CH. FÉRÉ et RICHARD.

XVIII. DEUXIÈME CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES ; par E.-C. SÉGUIN. (*Journ. of. nervous and mental diseases*, juillet 1881.)

Cinq nouveaux faits portent à neuf le nombre des observations personnelles de M. Séguin, relatives aux localisations corticales du cerveau ; il en tire les conclusions suivantes : la partie inférieure de la troisième frontale est en rapport avec les organes et la fonction du langage ; la partie moyenne des frontale et pariétale ascendantes, avec les mouvements du bras du côté opposé ; la partie supérieure des deux mêmes circonvolutions avec le lobule paracentral (et aussi le lobule pariétal supérieur ?) avec ceux des deux membres du côté opposé et peut-être plus particulièrement avec ceux de la jambe. CH. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 24 juillet 1881. — Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Christian communique à la société l'observation d'un *délirant chronique* présentant des idées de persécution, associées à des idées de grandeurs, chez lequel le moindre malaise se traduisait par une exaspération du délire. Ce malade était en outre cryptorchide, et M. Christian demande si ce vice de conformation n'était pas pour quelque chose dans la production du délire. Dans le cours de quelques affections inflammatoires dont cet individu fut atteint, il présenta du délire fébrile se substituant au délire d'absence. Tout, du reste, devenait pour lui le prétexte d'une idée délirante. A la suite d'une administration de tartre stibié, il s'est cru empoisonné, et a conservé ensuite cette idée pendant longtemps.

M. Voisin estime, dans ce cas, que le délire fébrile pouvait tenir à un état congestif des centres nerveux, comme on en observe des exemples dans les cours de certaines affections; le délire vésanique habituel reparaissant aussitôt après la guérison de la maladie intercurrente.

M. Luys croit que, souvent, on peut expliquer la formation du délire par un vice de conformation des organes génitaux. Il se rappelle un individu atteint d'hydrocèle enkysté, qui s'est cru persécuté, et pensait qu'on l'avait changé de sexe en lui mettant dans le scrotum un œuf, qui aurait fait de lui une femelle. M. Luys demande ensuite à la Société ce qu'elle pense des crises qui jugent un délire par une affection aiguë.

M. Christian a remarqué que dans la paralysie générale à forme maniaque une maladie intercurrente pouvait avoir un heureux résultat sur l'affection mentale, tandis qu'au contraire la terminaison était presque fatale quand elle survenait dans les formes dépressives.

M. Luys craint qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence et non une relation de cause à effet.

M. Voisin a vu des épileptiques dont les attaques étaient suspendues pendant la durée d'une affection inflammatoire.

M. Delasiauve insiste sur la distinction à établir entre le délire fébrile et le délire vésanique, et pense qu'une maladie peut, dans certains cas, se substituer à une autre. Pendant une épidémie de variole qui sévissait dans son service, il a observé une petite fille épileptique, dont les attaques étaient ordinairement quotidiennes et qui n'a pas eu une seule manifestation du mal comitial dans tout le cours de sa variole.

M. Legrand du Saulle, revenant sur l'observation rapportée par M. Christian, repousse l'administration du tartre stibié chez les persécutés; parce que les troubles gastro-intestinaux qu'il détermine peuvent être pour le sujet le point de départ d'idées d'empoisonnement dont il se débarrasse ensuite difficilement.

M. Magnan lit un rapport sur trois candidats qui demandent à faire partie de la Société. A l'unanimité, Mlle *Skwortzoff*[1], docteur en médecine, le Dr Marcel *Briand* et le Dr *Garnier*, sont nommés, les deux premiers membres correspondants, et le troisième membre titulaire de la Société médico-psychologique. Marcel Briand.

Séance du 30 *octobre* 1881. — Présidence de M. Delasiauve.

M. Bourdin présente à la Société un mémoire sur l'*antonomasie*. On désigne, dit-il, sous le nom d'*aphasiques* une catégorie d'invidus dont le langage ne répond pas à la pensée. Ils disent, par exemple : allumer ma pantoufle, au lieu de : allumer ma lampe, allumer ma bougie, et, ne s'apercevant pas de l'erreur qu'ils viennent de commettre, ils tiennent ainsi des discours incompréhensibles. *Aphasique*, étymologiquement, veut dire : qui ne parle pas; on leur applique donc un qualificatif impropre, qu'il serait peut-être bon de modifier. L'*antonomase* est une figure de rhétorique qui consiste à ne pas appliquer à un objet son mot propre et à le remplacer par un équivalent. Je crois donc qu'il serait préférable d'appeler *antonomasie* la forme d'*aphasie* à laquelle je viens de faire allusion.

M. Falret. Dans l'*antonomase*, on emploie un équivalent et l'on dit par exemple : la maison de Molière pour désigner la Comédie-Française, tandis que les *aphasiques* emploient, quand l'expression propre leur manque, un terme qui souvent ne signifie rien du tout.

M. Luys. Je crois qu'il faudrait réserver l'*antonomasie* pour déterminer l'état d'un malade qui, sans employer un terme impropre, se servirait de circonlocutions.

[1] Mlle Skwortzoff est la première femme qui ait été admise à la *Société médico-psychologique*. Ce fait vaut qu'on le signale.

M. Charpentier. Je me représente assez volontiers l'*antonomasie*, comme la tendance de ces personnes qui abusent sans cesse de la périphrase.

M. Foville demande si les individus dont il est question manifestent leur état dans le langage écrit comme ils le manifestent dans le langage parlé.

M. Bourdin. Le mot *antonomase*, que je vous proposais d'accepter, s'appliquerait aussi bien aux *agraphiques* qu'aux *aphasiques*.

Discussion sur la création d'un asile pour les aliénés criminels.

M. Motet, rendant compte à la Société des travaux du Congrès médical de Londres, s'étend longuement, avec son talent ordinaire, sur la question des *aliénés criminels*. Les Anglais, dit-il, ont fait sur ce sujet un grand nombre d'expériences qu'il suffit de connaître pour en profiter. L'histoire des aliénés criminels se divise, chez nos voisins d'outre-Manche, en quatre grandes périodes. Durant la première, ils étaient confondus dans les maisons de détention avec les prisonniers ordinaires; mais ils étaient pour ces derniers tantôt un sujet d'effroi, tantôt un objet de risée; ajoutez que d'autres aliénés criminels, acquittés comme irresponsables, restaient en liberté et commettaient de nouveaux crimes. Plus tard, ceux d'entre ces malheureux qui pouvaient payer leur pension furent séparés des prisonniers et placés dans des asiles avec les aliénés ordinaires; c'est ce qui marque la seconde période. Peu après, on entra dans la période dite de réaction : ce n'était pas assez d'avoir séparé les aliénés criminels des malfaiteurs sensés et responsables de leurs actes; il ne fallait pas les confondre avec les autres aliénés, car les familles de ces derniers réclamaient contre cette promiscuité. L'on en arriva peu à peu à la période de centralisation, en fondant un asile central pour les aliénés criminels. Dans cet asile, que j'ai visité, j'ai vu des malades que j'aurais pris absolument pour des aliénés ordinaires, n'eût été le lieu où ils se trouvaient.

M. Magnan. Dans la très intéressante communication de M. Motet, il me semble trouver la condamnation même du projet qu'il voudrait voir accepter en France. Comment, en effet, admettre que des malades, qui, suivant son expression, ressemblent tant aux aliénés ordinaires, soient soignés ailleurs que dans un asile ordinaire? Et, pour ma part, je me résoudrais difficilement à admettre qu'on doive traiter en criminels un paralytique général par exemple ou un dément parce qu'ils auront dérobé quelque objet ou exhibé en public leurs organes génitaux. Marcel Briand.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN

Séance du 12 juin 1880.

Le Dr SCHUCHARDT, d'Andernach, est nommé membre titulaire.

Le Dr HERTZ met sous les yeux de la Société le plan du *nouvel asile construit à Sarreguemines*. On y remarque un lazaret spécial réservé aux maladies fébriles pour chaque sexe; de chaque côté un grand bâtiment indépendant, mi-partie pour les épileptiques, mi-partie pour les gâteux; des constructions affectées aux pensionnaires, aux malades calmes, aux aliénés demi-agités, aux agités; en tout, six corps de bâtiment. — L'installation la plus originale, est celle des locaux destinés à l'isolement, que l'on voit émerger, comme les bourgeons des rameaux, du corps de logis, à des distances régulières. Il en existe dans les sections des aliénés calmes, des agités, des demi-agités, des entrants. Chacun des locaux cellulaire· iré du corps de logis respectif non seulement par des por' ncore par des antichambres murées; l'isolement est do ıplet que possible. On a évité de les grouper dans le mêı nd une même construction en possède plusieurs, ils son ı dehors les uns des autres. Chaque compartiment cellula ıd un lieu d'habitation, un corridor, un cabinet d'aisaı ssue spéciale dans une cour à part. Un parquet de chêne ıs l'asphalte, de grandes fenêtres surmontées d'impc ires destinées à l'aération, l'éclairage au gaz en rappoı pareil de ventilation, le chauffage à l'aide de poêles un manteau de maçonnerie, que l'on alimente dans lı la solidité des murailles préservant également du froi :haleur, tels sont les principaux avantages de l'amén

M. R unique un fait concernant un garçon de quatorze ans qu it en communication avec la sainte Vierge. Transporté . pour y être observé, il fut non reconnu comme aliéné, ⁄aincu d'imposture. (Voyez *Vierteljahrcssch f. gesichtl. médic.* N. F. XXXIV, 1, p. 479.)

M. NASSE présente les conclusions suivantes à l'égard de l'emploi de *l'hyoscyamine dans les psychoses*. Après avoir résumé les travaux de Lawson, Mendel, Savage, Prideaux, Gray sur ce sujet, M. Nasse passe à ses propres essais. Se conformant aux indications de Lawson, il employait l'hyoscyamine amorphe de Mark à l'intérieur à la dose de 0,003 à 0,036 par jour. Sur quatre cas de manie chro-

nique avec propension marquée à déchirer et à salir, il n'obtint qu'un succès passager malgré l'administration du médicament pendant sept à onze jours consécutifs. Aucun repos, nulle action sur l'appétit ou sur la gorge, doute à l'égard de la régularité de la mydriase et de l'accélération du pouls. Mêmes résultats négatifs à propos d'un paralytique agité. Ces observations engagèrent d'autant mieux M. Nasse à prolonger ses essais, que Savage et Gay mettent en garde contre le collapsus qui se montre par la prolongation de l'usage et qu'il a lui-même enregistré dans le cas heureux en question, de l'abattement général et de la diarrhée. D'ailleurs, diversité des opinions sur la valeur des diverses hyoscyamines (amorphe ou cristallisée), ainsi que sur celle de mode d'emploi (interne ou en injections hypodermiques).

Séance du 6 *novembre* 1880.

Après la réception comme membres titulaires des Drs Huberty, de Düren, et Von Ehrenwald, de Ahrweiler, le président communique à la Société l'invitation qu'il a reçue d'assister au Congrès international de médecine. Il souhaite que quelques-uns de ses membres puissent agréer à cette invitation.

Le Dr Léo lit deux *rapports médico-légaux* concernant l'état mental d'un journalier de trente-deux ans et d'un mendiant de quarante ans, accusés d'attentats à la pudeur sur des enfants, et tous deux à peu près aussi mal partagés psychiquement. Le premier devait être considéré comme à la limite de la santé mentale, tandis que le second avait manifestement franchi les bornes de la normale, et paraissait atteint de faiblesse mentale. Le tribunal ayant demandé un supplément d'expertise psychologique, l'aliéniste commis à cet effet confirma le rapport. Condamnation du premier inculpé, le second étant dirigé sur un asile.

Le Dr Besser se rallie à la parole d'Helmholtz : « Les idées sont les résultantes de l'effet produit sur notre connaissance par les objets représentatifs. La conception dépend donc et de la nature de l'objet qui fait image et de celle du terrain impressionné. Or, une conception ne peut être absolument vraie, car elle ne peut sans l'altérer reproduire la nature de l'objet réfléchi, représenté. Aussi nos conceptions ne sont-elles que des signes, des symboles. Aussi n'y a-t-il pas de vérité absolue, l'être qui conçoit et l'objet conçu appartenant à deux mondes tout à fait différents. » L'auteur accentue la *stérilité de la psychologie* ; et malgré tout, les questions de la réalité de l'objet, au point de vue du sujet s'imposent à 'esprit. Il prophétise que des processus psycho-sensoriels que nous

ne voyons évoluer que par parties, nous arriverons à saisir une quantité psychique représentant ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom de la connaissance. A ce propos, il recommande la *méthode génétique* qui consiste à étudier le *mode de production des phénomènes* ; le connaître, c'est déjà donner au savoir humain une conclusion, tandis que l'essence de la causalité échappe et échappera probablement toujours à l'intelligence. M. B... montre qu'en envisageant les causes, nous parlons des propriétés des choses et désignons celles que nous avons appris à connaître par leurs manifestations. Ces propriétés, toujours considérées dans la méthode d'étude physico-naturelle dans leurs rapports étiologiques, concernent simplement la désignation du *mode d'action de la chose* sur nous. Tout pivote autour de l'action de l'incitation, ce n'est plus la causalité qui est en jeu, mais *l'enchaînement successif des phénomènes*. Malheureusement, en rassemblant l'ensemble des manifestations ordonnées par étapes temporelles, l'homme a appliqué à la notion des successions de temps, l'idée de cause, et comblé par des conceptions, les lacunes que laisse dans son esprit l'obscurité de la nature de la cause dernière, du mode de mouvement des particules infinitésimales. Cette abstraction de la causalité est l'obstacle au progrès comme tant d'autres. L'auteur termine par l'*analyse d'une sensation chez le nouveau-né*, qui est la répétition du discours prononcé par lui à l'occasion du congrès de Naturalistes de Munich.

L'époque de la prochaine réunion est fixée au 18 juin 1881.

(*Allg. Zeitschr, f. Psych. u. psych-gesichtl. Medicin*, XXXVIII, 1, 1881.) P. K.

BIBLIOGRAPHIE

I. *Leçons orales sur les phrénopathies ou traité théorique et pratique des maladies mentales*; cours donné à la clinique des établissements d'aliénés à Gand, par J. Guislain. Avec 54 figures intercalées dans le texte, un plan général et le plan de l'hospice Guislain actuel. 2° édition publiée par les soins du Dr C. Ingeli, médecin en chef de l'hospice Guislain à Gand.

Lorsque la première édition des *Leçons sur les phrénopathies* parut en 1852, l'accueil qui lui fut fait, montra en quelle

estime était tenu le savant aliéniste belge. Morel, tout particulièrement, en salua l'apparition en termes sincèrement admiratifs d'où n'était pas exclue, du reste, une critique courtoise. Assurément, l'homme qui avait fait de l'étude de l'aliénation mentale un véritable sacerdoce, l'observateur profond et sagace doublé d'une âme ardente et généreuse, ne méritait pas moins.

Comme nous le montrent les paroles éloquentes qui servent, pour ainsi dire, d'introduction à son cours, Guislain ne se contenta pas d'être un savant préoccupé uniquement des problèmes ardus de la psychologie morbide, il fut encore et surtout un grand esprit ouvert aux aspirations les plus nobles.

Navré de l'état de délaissement où se trouvaient, dans son pays, les malheureux aliénés, il flétrit en termes indignés l'indifférence des pouvoirs publics. « On ne s'occupe de ces deshérités de l'intelligence, s'écrie Guislain, que dans un but financier; ils sont l'objet d'un trafic infâme et considérés comme des animaux de basse-cour ; on négocie leur placement comme s'il s'agissait de porcs ou de chevaux. » Longtemps encore cependant les autorités furent sourdes à ces réclamations courageuses.

Si le célèbre médecin de Gand n'obtint pas un régime d'hospitalisation des aliénés tel qu'il eût pu le souhaiter, il n'en est pas moins vrai qu'il fut l'initiateur des réformes qui se sont accomplies depuis en Belgique.

Dans les dernières années de sa vie, Guislain rassemblait des notes destinées à une seconde édition des *Leçons sur les phrénopathies*, dont les exemples commençaient, du reste, à se faire rares. La mort vint avant qu'il eût pu accomplir la tâche qu'il s'était tracée.

Il appartenait à M. le Dr C. Ingeli, son successeur à l'hospice auquel la ville de Gand, par reconnaissance, a donné le nom du grand aliéniste, de se faire l'exécuteur d'un tel projet. Possesseur des notes préparées par Guislain en vue de l'édition nouvelle, il les a intercalées dans le texte, en conservant aux *Leçons sur les phrénopathies*, leur physionomie propre, se contentant d'indiquer les principales conquêtes de la science depuis la mort de l'auteur.

Pour ceux qui ne se rendraient qu'imparfaitement compte des difficultés à vaincre pour se diriger un peu sûrement dans ces graves questions des troubles psychiques, il y a lieu de méditer ces quelques lignes placées au seuil des *Leçons sur les*

phrénopathies : « J'étais seul, sans maître, les difficultés surgissaient de tous côtés, je ne comprenais rien à ce que je voyais, et les mécomptes furent d'abord mes guides de tous les jours. De toutes les préoccupations scientifiques auxquelles je m'étais livré jusqu'alors, l'étude des maladies mentales m'apparut comme la plus ardue. Au moment où je vous parle, je partage encore cette opinion. En effet, dix années de ma vie ont été employées à interroger l'homme vivant et le cadavre; dix autres ont servi à méditer sur ce que je voyais; pendant les dernières années seulement j'ai appris à guérir les aliénés. »

Des aperçus généraux sur l'habitus extérieur de l'aliéné, sur la façon dont il se révèle à l'œil exercé du praticien, les difficultés d'une démarcation possible entre le domaine de la raison et de la folie, forment la substance des premières leçons. L'aliénation mentale est définie par Guislain : un dérangement des facultés mentales, morbide, apyrétique, chronique, qui ôte à l'homme le pouvoir de penser et d'agir librement, dans le sens de son bonheur, de sa conservation et de sa responsabilité. Passant ensuite en revue les différents mots usités pour caractériser les nombreux états d'aliénation, il n'a pas de peine à montrer leur imperfection. Dans cet ordre d'idées, il propose une nouvelle terminologie qui puiserait sa précision dans un radical étymologique toujours le même. Celui qu'il trouve bien préférable à ψυχὴ est φρὴν, qui a l'avantage de se prêter admirablement à la formation d'innombrables dérivés tels que : phrénie, phrénologie, phrénopathie, phrénothérapie, phrénalgie, hyperphrésie, phrénoplexie, aphrénie, idéophrénie, paraphrénie, phrénésie, pour ne citer que les principaux. Toutefois, l'auteur n'exclut pas les anciennes dénominations. L'usage, à peine est-il besoin de le faire remarquer, n'a pas consacré le vocabulaire choisi par le savant aliéniste belge.

L'essai d'une classification des maladies mentales devait tenter Guislain, puisqu'il est avéré que tout traité de psychiatrie doit en contenir une. Il reconnaît six types élémentaires, répondant aux caractères fondamentaux et naturels de l'expression morbide.

1° *Mélancolie.* — Phrénalgie, exaltation des sentiments avec tristesse;

2° *Extase.* — Phrénoplexie, suppression des actes intellectuels avec raideur généralisée ;

3° *Manie.* — Hyperphrénie, exaltation passagère du moral;

4° *Folie.* — Paraphrénie, anomalies de la volonté impulsive;
5° *Délire.* — Idéophrénie, anomalies dans les idées ;
6° *Démence* — Aphrénie, déchéance, oblitération des actes moraux et intellectuels.

Quelque admirateur que l'on soit du talent de Guislain, il est difficile de prétendre que cette tentative de classification fût heureuse. L'auteur constate du reste que le plus souvent l'aliénation mentale est un état composé de différentes formes élémentaires plus ou moins régulièrement combinées entre elles; ce sont les *morbi mentis mixti* de Heinroth.

Il n'existe pas de monomanies dans le sens rigoureux du mot. A côté de l'altération partielle saillante, on rencontre d'autres phénomènes annonçant un trouble intellectuel plus général. Mais en pratique, dit Guislain, la maladie se renfermant dans un cercle d'idées restreint, une catégorie de sentiments, constituera une monomanie ou une monophrénie.

Replacé sur le terrain de la clinique, il se montre, comme toujours, observateur plein de finesse et de tact. Ses descriptions sont vivantes, originales, ses présentations de malades on ne peut plus heureuses.

Au nombre des tableaux cliniques les plus réussis et les plus vrais, il faut citer celui du mélancolique à la première période.

« Dans le plus grand nombre des cas, l'état mélancolique s'annonce par des phénomènes précurseurs et incubateurs qui se développent lentement. C'est à peine si l'on s'aperçoit de l'invasion de la maladie. Elle n'offre d'abord rien de spécial ; c'est le simple malaise qu'on constate souvent au début d'autres maladies. C'est par une inaptitude, par une répugnance pour tout travail, par une paresse de l'esprit, qu'elle se manifeste. Le courage abandonne le malade, les impressions le fatiguent, tout lui devient une charge. »

C'est cet état de souffrance qui marquerait, du reste, pour Guislain, le début de la plupart des cas de folie. Une impression douloureuse retentissant sur le moral devient pour lui, l'élément fondamental pathogénique des troubles psychiques. On entre dans la folie bien plutôt par une lésion du sentiment, de la sensibilité morale, du *sens émotif*, que par un trouble de l'esprit. Cette manière d'interpréter les faits a trouvé et devait trouver de nombreux adhérents. On a généralement reconnu la justesse d'appréciation de l'aliéniste belge, et tout au plus a-t-on pu dire qu'il avait un peu forcé la note.

Si l'on se reporte à l'époque où écrivait Guislain, on ne sera pas surpris des erreurs et des lacunes nombreuses constatées au chapitre de l'anatomie pathologique. Par exemple, dans son étude du ramollissement cérébral, il confond les lésions propres à la paralysie générale avec celles d'autres affections cérébrales.

Il avoue du reste, qu'il est loin, malgré de nombreuses et patientes recherches sur le cadavre, d'avoir pu élucider les difficiles questions qui se rattachent à la connaissance de la nature et du siège des maladies mentales.

Dans les leçons consacrées au traitement, sans se déclarer l'adversaire résolu du no-restraint, et rendant toute justice aux efforts de Couolly, Guislain conseille l'emploi intelligent des moyens de coërcition, dans certains cas exceptionnels.

En résumé, le public médical ne saurait être trop reconnaissant au Dr Ingeli d'avoir fait revivre l'œuvre du savant, de l'observateur pénétrant et de l'homme de cœur qu'on a pu appeler le Pinel de la Belgique. Dr PAUL GARNIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Du traitement de la névralgie sciatique par l'élongation du nerf; par J. NICOLAS (thèse de Paris, 1881).

De l'élongation des nerfs ; par Fl. SCHEVING (thèse de Paris, 1881).

Essai sur l'étiologie et la pathogénie de l'éléphantiasis des Arabes ; par A. CLARAC (thèse de Paris, 1881).

Contribution à l'étude des modifications de la sensibilité du membre supérieur consécutives aux lésions nerveuses; par G. MIALARET (thèse de Paris, 1881).

Contribution à l'étude de la méningo-encéphalite traumatique; par E. BROUILLET (thèse de Paris, 1881).

De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpêtrière ; par G. FERRAND (thèse de Paris, 1881).

Etude sur le tabes dorsal spasmodique ; par M. G. FERRAND (thèse de Paris, 1881).

Essai sur les localisations spinales du rhumatisme; par B. METTAS (thèse de Paris, 1881).

De la contraction idio-musculaire en clinique ; par D. LABBÉ (thèse de Paris, 1881).

Recherches sur les terminaisons nerveuses motrices dans les muscles striés des insectes ; par H. VIALLANES (thèse de Paris, 1881).

Considérations sur les fractures spontanées dans l'ataxie locomotrice ; par A. ANCELIN (thèse de Paris, 1881).

Du pied-bot consécutif à la paralysie infantile et de son traitement ; par W. ULCOQ (thèse de Paris, 1881).

VARIA

LE SABBAT

Du tranſport des Sorciers au Sabbat.

Les Sorcieres se rendent au Sabbat de differentes manieres. Les vnes se mettent vn baston blanc entre les iambes, & puis prononcent certains mots, & deſlors sont portees par l'air iuſques en l'aſſemblee des Sorciers. Ou bien elles y vont ſur vn gros mouton noir qui les porte ſi viſte en l'air qu'elles ne ſe peuuent recognoiſtre. Thieunne Paget r'apportoit que le Diable s'apparut à elle la premiere fois en plein mydi en forme d'vn grand hôme noir, & que comme elle ſe fut baillee à luy, il l'embraſſa & l'eſleua en l'air, & la tranſporta en la maiſon du pré de Longchamois, où il la conneut charnellement, & puis la r'apporta au lieu meſme où il l'auoit priſe. Antide Colas diſait que le ſoir que Satan s'apparut à elle en forme d'vn homme de grande ſtature, ayant ſa barbe & ſes habillemens noirs, il la tranſporta au Sabbat, & qu'aux autres fois il la venoit prendre ſur ſon liɛ̃t, & l'emportoit comme vn vent froid, l'empoignant par la teſte.

Les autres y vont, tantoſt sur vn bouc, un taureau ou un chien, tantoſt ſur vn cheual volant *(Fig. 1)*, & tantoſt sur vn ballet, & ſortent le plus ſouuent par la cheminée, aucuns chevauchent un roſeau, une fourche, une quenouille : les vns se frottent auparavant de certaine greſſe compoſée de chouſes très abhorentes & dégouſtantes, deſquelles la plus ordinaire eſt greſſe d'enfants félonement meurtris; les autres ne se frottent rien. Les vns y vont nuds comme ſont la plus part pour se graiſſer, les autres veſtus; les vns la nuiɛ̃t, les autres le iour, mais ordinairement la nuiɛ̃t.

Il s'en trouve encore qui vont au Sabbat ſans beſte, n'y

baſton. Mais il faut croire auſſi que le baſton, ni la beſte ne profite non plus aux Sorciers que la greſſe, ains que c'eſt le Demon qui eſt comme vn vent lequel les porte, n'y plus n'y moins que l'on voit un tourbillon deſraciner les arbres les plus hauts, et les tranſporter deux et trois lieues loing de leur place.

Les Sorciers neantmoins vont quelques fois de pied au Sabbat, ce qui leur aduient principalement lors que le lieu,



Fig. 1.

où ils ſont leur aſſemblée, n'eſt pas gueres esloigné de leur habitation. « Il y en a qui portent quelque poille, ou autre vaiſſeau de cuyure, ou d'argent pour mieux solenniser la feſte [1]. »

Le Sabbat ſe tient ordinairement de nuiƈt.

Satan conuoque les Sorciers de nuiƈt, à fin qu'ils ne ſoyent descouuerts, car pour meſme raiſon ils danſent en leurs aſſemblees doz contre doz, & voire qu'ils se maſquent maintenant pour la pluſpart. Toutesfois ces aſſemblees Diaboliques se font

[1] Bodin. — *De la Démonomanie des Sorciers*, &c., p. 82.

tellement de nuiſt, que lors que le coq a chanté, tout vient à diſparoir.

Remigius afferme, au dire de Sorcieres iudiciairement conuaincües, le temps le plus ydoine & le plus opportun, non seulement à leurs aſſemblées nocturnes, ains à tels autres ieux du Diable, comme phantoſmes, apparitions, speſtres & bruits horrifiques, être durant l'heure précédant la my nuiſt. L'heure suyvante n'eſt autant fauorable ; mais les Sorcieres n'ont diſt pour quoy. J'adjouterai qu'il n'eſt point en la nuiſt autre heure en laquelle s'apparoiſſent les ombres & reuenants plus souuent à ceux qui les redoubtent & en ont paour.

Et pour ce qui eſt du chant du coq, une Sorciere nommée Latoma, a reuelé que rien ne pouuoit leur être plus faſcheux, voyre funeſte que de ouyr le coq chanter ce pendant qu'elles se appreſtent. Jehan Poumet & sa femme Désirée, tous deux sorciers, ont diſt par deuant le Tribunal que souventes ſois les Diables, approchant l'heure de soy retirer du Sabbat, crioient : Hôla, deſcampez uitement vous aultres; jà commencent les coqs à chanter. Par quoy se doibt sans doubte entendre qu'il ne leur eſt licite continuer leurs œuures paſſé ce moment. Mais on ne sçait pour quoy ils abhorent tant la voix du coq.

Du iour du Sabbat.

« I'ay eſtimé autrefois, dit Boguet [1], que le Sabbat se tenoit seulement la nuiſt du Ieudy : mais depuis que i'ay leu que quelques vns de la meſme ſeſte ont confeſſé, qu'ils s'aſſembloyent, les vns la nuiſt d'entre le Lundy & le Mardy, les autres la nuict d'entre le Vendredy & le Samedy, les autres la nuiſt qui precedoit le Ieudy, ou le Dimanche, de là i'ay conclu qu'il n'y auoit point de iour prefix pour le Sabbat, & que les Sorciers y vont lors qu'ils y sont mâdez par Satan. »

A ces aſſemblées, dit Guaccius [2] ont couſtume d'aller les Sorciers dans le silence de la nuiſt, quand règnent les puiſſances des ténèbres ; quelques fois pourtant ils se réunissent à mydy, à quoy se rapporte l'eſcriture : à Dæmon meridiano. En oultre, ils ont d'habitude des jours préfix, divers suivant

[1] Boguet, *loc. cit.*, p. 100.
[2] *Loc. cit.*, p. 81.

les divers pays. En Italie ils ont efleu la nuict du Ieudy, vers le milieu, selon Sébastien Michel. En Lorraine les Sorcieres s'affemblent en la nuict du Mercredi & en celle du Samedi au Dimanche, selon Remigius. D'autres difent que c'eft la nuit du Mardy.

Du lieu du Sabbat.

Les vns ont remarqué que le lieu du Sabbat eft toufiours notable, & signalé par le moyen de quelques arbres (auffi soubs un grand noyer), ou croix; mais le lieu des affemblées varie. Icy, les Sorcieres se réuniffent en vn pré qui eft sur vn grand chemin; là, proche de l'eau, en vn lieu qui eft du tout sans chemin. Ailleurs, les Sorciers s'affembloyent soubs un village, qui est vn lieu affez descouuert, &c., d'où il se void qu'il ne se faut pas beaucoup arrefter au lieu des Sabbats & affemblées des Sorciers, lesquels auffi n'ont pas beaucoup de peines de s'y retrouuer, veu que Satan les y conduit & porte.

L'eau eft requife au Sabbat, d'autant que pour faire la grefle, les Sorciers battent ordinairement l'eau auec vne baguette, mefmement qu'à faute d'eau, ils vrinent dans vn trou qu'ils font en terre, & puis battent leur vrine.

Du Pact exprés ou tacite que les Sorciers ont accouftumé de faire avec le Diable.

Les Demons ne font aucune forte de plaifir aux Sorciers & Magiciens, que ce ne foit en vertu du pact, ou conuentiô qu'ils ont faict auec eux. Ceftuy pact se faict en deux façons, à sçavoir expreffe ou tacite. Le pact eft dict tacite, selon Grillandus, non obftant profeffion expreffe du nouice, quand iceluy, par crainte de veoir le Diable & de parler à luy, eft repçu en la confrairie par un Sorcier profés, vicaire du Dæmon. Le pact exprès eft quand le Diable apparoift en forme corporelle par devant tefmoins & repçoit hommage & fidélité. Lors n'eft toufjours le Diable veü, mais il eft ouï parlant & promettant honneurs & richeffes au nouice. Ceftuy renonce son Créateur de uive voix ou remet une schédule ès mains du Diable. A tous les pacts faicts avec le Dæmon sont onze poincts communs, comme suit :

Premierement les Sorciers abjurent le baptefme & leur foy chreftienne & se retirent de l'obéiffance de Dieu, répudient le patronage de la bien heureuse Vierge Marie que par dérifion impie ils appellent la rouffe. Enfuite renient tous les Sacrements de l'Ecclise & foulent aux pieds la Croix (*Fig.* 2) & les ymaiges de la bien heureuse Vierge Marie & d'aultres sainćts. Icelles toutes fois ne conculquent en la présence du



Fig. 2.

Diable, ains en aultre lieu, promettant seulement de le faire dès que le pourront. Enfuite s'obligent par serment solennel ès main du Prince à luy être perpétuellement fidelles & soubmis, obéissant à tous ses mandemens. Ensuite, touchant les Efcriptures, à sçavoir un grand livre ayant pages noires & obfcures, preftent serment de vaffelaige éternel. Jurent en oultre qu'ils ne retourneront jamais en la foy du Chrift ny ne garderont les divins commandemens, ains ceux qu'il plaira au Prince leur decréter; que toufjours viendront sans retard aux jeux des affemblées nocturnes quand seront de ce requis, y feront ce que feront les aultres sorciers & sorcieres, affiftant à leurs sacrifices & communiant à leurs prieres & adorations; qu'ils obferveront leurs vœux au mieulx qu'ils pourront & s'éfforceront d'amener aultrui en la même créance. En efchange promet le Prince des Dæmons, au nouice sorcier,

d'un visaige soubriant, une perpétuelle félicité & des joies immenses, toutes les voluptés qu'il désirera en ce monde & en l'autre des jouissances plus grandes que ymaginer ne se peut.

Deuxiemement Satan contraint le Sorcier de se rebaptiſer au nom du Diable (*Fig. 3*) & de prendre un autre nom, renonçant le premier; ainsi feut Cuno de Roure rebaptisé



Fig. 3.

Barbe de chèvre. Ce qu'il faict comme est vraysemblable, à fin que le Sorcier de là prenne opinion que son premier Baptesme eſt du tout effacé & ne lui peut plus servir en rien.

Tiercement le confirme en cette opinion luy gravant de ses ongles le front pour d'illec tollir le Chreſme & signe baptiſmal (*Fig. 4*).

Quartement luy faict renoncer ses parrains & marraines tant du Baptème que de la Confirmation, luy en aſſignant de nouveaux.

Quintement donnent au Diable quelque part & morcel de leurs veſtemens, pour ce que le Diable s'eſtudie à s'emparer d'une part de toutes choſes; des biens spirituels, la foi & le Bapteſme; des corporels, le sang; des naturels, les enfants, & des terreſtres, les veſtemens (*Fig. 5*).

Sixiemement, ils preſtent serment au Dæmon en un cercle

gravé en terre; peut eftre bien par ce que il veut leur faire



Fig. 4.

accroire qu'il eft le seigneur du Ciel et & de la Terre, veu



Fig. 5.

que le cercle eft le symbole de la Divinité & la Terre l'Scabeau de Dieu (*Fig. 6*).

Septièmement, demandent au Dæmon eſtre rayés du livre



Fig. 6.

de vie & inſcripts au livre de mort (*Fig. 7*). Ainſi eſtoient



Fig. 7.

les noms des Sorciers d'Avignon inſcripts en un livre très noir.

Huitièmement promettent des sacrifices, aucuns jurant d'occir magiquement par chacun mois, voyre par chaque quinzaine un petit enfant en luy sugcant le sang (*Fig. 8*).

Neufuiemement se rendent tributaires à leur Dæmons patrons de quelque impoſt une fois l'an, en rachapt des moleſtations dont sont grevés par le dict pact, & n'eſt le tribut valable s'il n'eſt de couleur noire.



Fig. 8.

Dixiemement sont en variable partie du corps, ès épaules soubs les paupières, soubs les leures, soubs les aiſſelles, au fondement pour les hommes, ès mamelles ou ès parties honteuſes pour les femmes, marqués d'un signe auquel devient la peau infensible. La forme de ce signe n'eſt toujours la même; tantoſt c'eſt patte de lieuvre, tantoſt de crapaux, ou d'aragne, de chaton ou de lire. Et ne sont tous ainſi marqués, ains seulement ceulx que le Diable croit inconſtants.

Onziemement promettent ne jamais adorer l'Euchariſtie, injurier la Vierge & les Saincts, briſer & conſpuer les sainctes reliques tant que pourront, ne se servir d'eau bénoîte ny de cierges conſacrés, ne jamais faire confeſſion entière de tous leurs péchés; en fin garder silence sempiternel sur leur commerce avec le Diable. *(A suivre.)*

ASILES D'ALIÉNES DE LA SEINE

En raison de l'importance de l'Assistance publique à Paris, de la distribution de secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers (hospices, hôpitaux, asiles, etc.), il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à cette administration le service des enfants assistés et des aliénés. Après la guerre 1870-1871, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des aliénés. Il s'en suit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant aux Tuileries. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe. En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours. Voici les extraits des réglements administratifs qui concernent ce concours :

Conditions du concours. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la Préfecture de la Seine (Bureau du personnel). Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance; 2° un extrait du casier judiciaire; 3° un certificat de vaccine; 4° un certificat de bonne vie et mœurs; 5° un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions de médecine.

Epreuves. — Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit : *Epreuve d'admissibilité* : 1° une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive : 2° une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour l'épreuve écrite, trente points ; pour l'épreuve orale, vingt points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les can-

didats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des canditats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires.

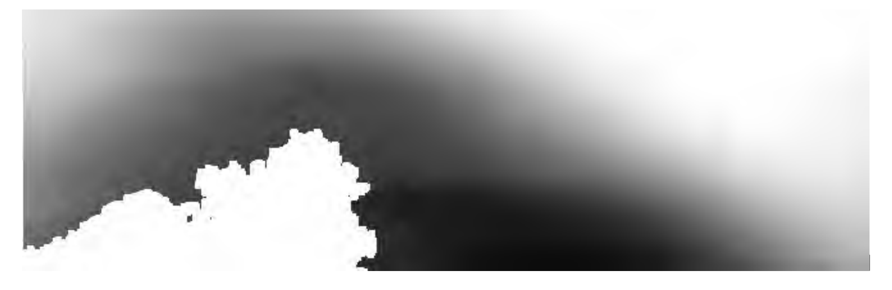
La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

Internes provisoires. — Il est nommé, à la suite du concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1882. — Les internes provisoires pourront se représenter au concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. — L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

Dans le courant de l'année 1880, deux concours ont eu lieu pour des places d'internes dans les asiles d'aliénés de la Seine. Nous reproduisons les questions écrites et orales données à ce concours, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. 1er concours (1880) : *Méninges*; — 2e concours (1880) : *Nerf de la 5e paire* (anatomie et physiologie). — Les questions restées dans l'urne étaient : 1er concours : Nerf pneumogastrique; — Moelle épinière; — 2e concours : Moelle épinière (anatomie et physiologie); — Artères du cerveau. Circulation cérébrale.

Questions orales. 1er concours (1880) : *De l'épilepsie. Plaies des artères;* — 2e concours (1880) : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.* Les questions restées dans l'urne étaient : 1er concours : De l'insuffisance aortique. Diagnostic de la hernie étranglée. Signes et diagnostic



de la pneumonie. Corps étrangers de l'œsophage. — 2° concours : Variole. Signes et diagnostic de la fracture de côtes. Pneumonie franche. Fracture du radius.

Le 3e concours s'est ouvert le 3 décembre 1881.

Le jury du concours était constitué par MM. Bigot, Bourneville, Dagonet, Danlos, de Lamaestre, Polaillon, A. Voisin. Il vient de se terminer par la nomination de MM. Heulz, Vétauld, Béraud et Boucher, internes titulaires. — MM. Gaudry, Poumeau, Manière, internes provisoires. — Les épreuves orales ont pris deux séances ; les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : 1° *Signes et diagnostic de la pleurésie*; *signes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius; — 2° Rougeole; Fractures de la rotule.* — Les autres questions déposées dans l'urne étaient : 1° Erysipèle de la face; fracture de la clavicule; — 2° Insuffisance aortique; plaies pénétrantes de la poitrine; — 3° Signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; anthrax ; — 4° névralgie faciale; signes et diagnostic des fractures du rocher. — Il y avait quatre places vacantes; vingt et un candidats s'étaient fait inscrire, dix-sept ont répondu à l'appel, lors de la composition écrite; dix seulement ont lu leur composition. Si l'on compare les résultats de cette année avec ceux de l'année dernière, on trouve que les résultats sont notablement meilleurs. Les épreuves ont été généralement bonnes. Il est donc probable que, contrairement aux prévisions de la *Gazette hebdomadaire*, ce concours, bien que spécialisé contre notre avis, attirera proportionnellement autant de candidats que le concours de l'internat des hôpitaux. Les avantages sont d'ailleurs plus considérables (800 fr. d'indemnité, le logement, le chauffage, la nourriture) que ceux qui sont offerts aux internes des hôpitaux.

Les avantages matériels attachés à la situation d'internes dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, et un traitement fixe et annuel de 800 francs.

Médaille d'or de l'internat des asiles. — Le rédacteur en chef de ce journal, qui a demandé en vain que les internes des asiles fussent fournis par l'Assistance publique et appartinssent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de notre époque, et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est-à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage*. M. Herold, préfet de la Seine, a fait examiner cette proposition par une Commission spéciale qui a émis un avis favorable.

FAITS DIVERS

NOMINATIONS. — M. le Dr LABORDE, médecin inspecteur des asiles publics de la Seine, est nommé inspecteur des maisons de santé, en remplacement de M. Georges BERGERON, démissionnaire. — M. le Dr RITTI, médecin inspecteur-adjoint, est nommé inspecteur titulaire. M. le Dr Gérard MARCHANT est nommé médecin inspecteur-adjoint. — M. le Dr LEGRAS, inspecteur-adjoint, est nommé inspecteur titulaire en remplacement de M. le Dr FAURE, décédé. — M. le Dr P. GARNIER est nommé médecin inspecteur-adjoint. — M. le Dr BERTHELOT a été autorisé à passer dans le service des enfants-assistés en bas âge. — M. le Dr Marcel BRIAND est nommé médecin inspecteur-adjoint.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BRIQUET, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé de la Faculté, médecin honoraire des hôpitaux, est décédé le vendredi 25 novembre à l'âge de 85 ans. On lui doit un grand nombre de travaux scientifiques parmi lesquels nous citerons son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1856.

— M. le Dr LINAS et M. le Dr BRIERRE DE BOISMONT sont morts, le premier en , le second à la fin de décembre. Nous leur consacrerons un article nécrologique dans le prochain numéro.

ASILES DE LA SEINE. — *Asile de Vaucluse.* M. le Dr BOUDRIE, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, a été promu à la deuxième classe de son grade. — Il a été créé à l'asile de Vaucluse une place de médecin adjoint ; M. le Dr CAMUSET est nommé à ce poste.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, M. le Dr BILLOD, directeur médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, a été chargé d'une mission en Italie, pour y étudier l'organisation de l'enseignement des maladies nerveuses et mentales. M. le ministre ne pouvait faire choix d'un homme plus compétent.

ASILE DE TOULOUSE. — M. le Dr BOUTEILLE, médecin en chef à l'asile de Marseille, est nommé directeur de l'asile de Toulouse, en remplacement de M. MARCHANT, décédé.

ASILE DE MARSEILLE. — M. PONS, médecin en chef de l'asile de Bailleul, est nommé médecin en chef à l'asile de Marseille.

ASILE DE BAILLEUL. — M. BAYLE, médecin en chef de l'asile de la Cellette, est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul, en remplacement de M. PONS.

PRIX. *P. Bernard de Civrieux*, 2,000 fr. — L'Académie de médecine a proposé pour sujet de ce prix : *Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice*. — *Prix Falret*, 1,500 fr. — Question : *Des vertiges avec délire.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Apolinario y Macias. — *Lèpre, sclérodermie et asphyxie locale des extrémités*, broch. in-8° de 60 pages, 1881, Montpellier, Boehm et fils.

Sergi. — *Teoria fisiologica della Percezione*, 1 vol. in-8° de 330 pages, 1881, à Milan, Dumolard.

Brousse (A.). — *Réflexions sur un cas de syphilis cérébrale* (Hémiplégie gauche, à forme intermittente). Broch. in-8° de 24 pages, 1881. Montpellier, Boehm et fils.

Prevost (J.-L.).—*Contribution à l'étude des phénomènes nommés réflexes tendineux.* Broch. in-8° de 42 pages, avec une pl., 1881, Genève, H. Georg.

Prevost (J. L.) et Waller (A.). — *Nouvelles expériences sur les phénomènes nommés réflexes tendineux.* Brochure in-8° de 6 pages, 1881, Genève, H. Georg.

Riva (L.). — *La temperature nella paralisi general degli alienati.* Broch. in-8° de 8 pages, Milan.

Coulbault (L.). — *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.* Une broch. in-8° de 70 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1881, au bureau des *Archives de Neurologie.*

Ridel-Saillard (G.). — *De la cachexie pachydermique* (myxœdème des auteurs anglais). Broch. in-8° de 80 pages, avec deux planches phot. Prix : 2 fr. 50, Paris, 1881, au bureau des *Archives de Neurologie.*

Gowers (W. R.). — *Du diagnostic des maladies de la moelle épinière,* traduit de l'anglais par O. Jennings. Broch. in-8° de 108 pages, avec 14 pl. dans le texte et une en chromo-lithographie. Prix : 3 fr. Paris, 1881, Berthier.

Charcot (J.-M.). — *Ueber die localisation der Gehir und Rückenmarks-Krankheiten.* Deuxième fascicule des Leçons professées à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par Bourneville et Brissaud, traduction allemande de Berthold Fetzer, ornée de 39 fig. 1881, verlag von Adolf Bonz et C°, Stuttgardt.

Gowers (W.-R) — *Epilepsy and other chronic convulsives diseases, their causes, symptoms et treatment.* Un vol. in-8° de 309 pages, cartonné, 1881, J. A. Churchill, New-Burlington street, London.

Séguin (E.-C.) — *A second contribution to the study of localised cerebral lesions.* Broch. in-8° de 43 pages, avec 11 figures dans le texte, juillet 1881. 182, fifth avenue à New-York, Putnam's.

Séguin (E.-C.). — *Importance of the Early recognition of epilepsy.* Broch. de 26 pages. Printing and bookbinding C°, 201-213, east twelfth street, New-York.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 182.

Vol. III. Mars 1882. N° 8

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPNOTISME CHEZ LES HYSTÉRIQUES; DU PHÉNOMÈNE DE L'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE (*Suite*)[1];

Par MM. CHARCOT et PAUL RICHER.

III. — DES DIFFÉRENTS DEGRÉS DE L'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE. — VARIATIONS DU PHÉNOMÈNE.

Il ne faudrait pas croire que toutes les hystériques hypnotisées soient susceptibles de présenter à un égal degré de développement tous les phénomènes que nous venons de décrire comme se rattachant à cet état nerveux spécial désigné sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Il faut s'attendre ici à de nombreuses variations individuelles que pour la plupart il est possible de rattacher au type décrit dont elles ne sont que des atténuations plus ou moins accusées. Cependant on se

[1] Voir le n° 5, p. 32, n° 6, p. 173.

tromperait également si l'on s'imaginait que les sujets sont rares, sur lesquels il est possible de répéter toutes les expériences rapportées plus haut. Il ne s'agit pas là de faits exceptionnels. Si nous en croyons notre expérience personnelle, la proportion serait de 1 sur 4 ou 5 au plus. Il est vrai que les malades soumises à notre observation à la Salpêtrière, sont toutes des sujets atteints de la névrose hystérique dans sa forme la plus accentuée, l'*hysteria major*.

Après avoir montré les principaux caractères du phénomène dans son plus haut degré de développement, il nous paraît utile d'insister un peu sur les variations qu'il peut subir soit d'une malade à l'autre, soit chez une même malade, et d'en fournir quelques exemples.

A. — *Des différents degrés de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire chez une même malade. — Influence de la répétition des expériences sur son développement.*

Chez une même malade, le degré d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, pendant la léthargie hypnotique, peut varier dans des circonstances diverses.

a) Il varie suivant les régions du corps. Dans les cas réguliers, ceux qu'on peut appeler les cas types, le phénomène existe à un égal degré sur tous les muscles, aussi bien aux membres qu'à la face (il n'est pas question ici de la différence du résultat obtenu : contracture aux membres, contraction à la face). Mais il arrive fréquemment qu'à ce point de vue il existe des différences entre les deux côtés du corps,

entre les membres inférieurs, les membres supérieurs et la face, l'hyperexcitabilité pouvant se montrer en un point et faire défaut en un autre, ou bien exister ici et là, mais à un degré différent.

b) L'hyperexcitabilité varie également chez une même malade d'un moment à l'autre. Il est des jours où, sous l'influence de causes difficilement appréciables, mais dans lesquelles on peut faire entrer les émotions vives, la fatigue physique, l'imminence des attaques, etc., telle malade présente une exaltation ou une atténuation du phénomène.

c) Enfin par la répétition des expériences, ce phénomène est susceptible d'acquérir un plus haut degré de précision et d'intensité. Il s'agit là, ainsi que nous le verrons plus loin, de phénomènes d'ordre réflexe dont l'habitude facilite le développement et qu'elle perfectionne. Nous avons pu constater le fait bien des fois. Il est des sujets qui présentent presque d'emblée, dès les premières séances d'hypnotisme, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire complètement développé. D'autres, et c'est le plus grand nombre, mettent un temps plus ou moins long à l'acquérir. A un premier degré, il consiste en une tendance des réflexes tendineux à provoquer une contracture plus ou moins généralisée. Puis la localisation de la contracture s'établit; il est possible d'obtenir la contracture partielle des différents muscles des membres, et les différents procédés à l'aide desquels on la produit peuvent être classés ainsi qu'il suit, d'après le mode d'apparition de leur efficacité : c'est l'excitation des tendons qui réussit d'abord, puis l'excitation des masses musculaires, en dernier lieu l'excitation des

troncs nerveux. Enfin ce n'est que dans les cas les plus développés que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire se montre à la face. Nous nous contenterons de rapporter les deux observations suivantes :

Dans les récentes expériences que nous avons faites à ce sujet, il nous a été donné de saisir en quelque sorte le mode de développement de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire chez une de nos malades que nous soumettions pour la première fois aux pratiques de l'hypnotisme.

Janvier 1881. — Caill..., 20 ans, hystéro-épileptique, hémi-anesthésique à gauche et achromatopsique du même côté, n'a pas encore été endormie par nous ; elle l'aurait été par d'autres. mais peu souvent, et, dans tous les cas, les expériences d'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'ont jamais été tentées sur elle.

Pendant la veille, les réflexes tendineux sont exagérés aux genoux, mais sans irradiation aux membres supérieurs, ils existent aux coudes ; aux poignets ils se montrent à peine.

Par la fixité du regard, la malade se trouve promptement endormie. Aussitôt nous constatons que les réflexes tendineux du poignet qui, tout à l'heure, existaient à peine, sont maintenant manifestement exagérés. Nous recherchons alors si la malaxation des masses musculaires de l'avant-bras peut être suivie de contracture, mais le résultat est complètement négatif. Nous revenons alors à l'excitation des tendons par percussion. Nous constatons de nouveau que les réflexes tendineux sont exagérés ; le mouvement qui suit le choc est très étendu, il est brusque et rapide, il n'y a aucune tendance à la contracture. Mais bientôt, en répétant les chocs sur le tendon, nous voyons la contracture se développer ; il suffit d'une dizaine de coups portés successivement sur le tendon pour immobiliser le membre dans une attitude forcée de contracture permanente. Cette contracture se détruit facilement par la friction des muscles antagonistes.

Nous tentons alors de nouveau de produire la contracture par la malaxation des muscles, et cette fois, non sans quelque surprise, nous réussissons pleinement. Une fois réveillée par le procédé habituel (souffle sur le visage), Caill.... conserve les réflexes tendineux du poignet plus accusés qu'avant les expériences.

Ne semble-t-il pas que d'après ce que nous venons de rapporter, l'on puisse admettre dans l'hyperexcitabilité musculaire, les trois degrés suivants :

1er *degré* : simple exaltation des réflexes tendineux; — 2e *degré* : le réflexe tendineux donne lieu à la contracture — contracture réflexe par excitation tendineuse; — 3e *degre* : contracture réflexe par excitation directe des masses musculaires.

Dans une seconde expérience faite le lendemain, nous constatons une aptitude plus grande des muscles à la contracture, se traduisant même pendant la veille. Pendant l'hypnotisme l'hyperexcitabilité, bien que plus développée, présente quelques irrégularités.

Caill... a conservé les réflexes tendineux du poignet assez exaltés surtout du côté gauche. Le réflexe patellaire est toujours très exagéré.

Le choc répété sur les tendons de la face antérieure du poignet gauche amène bientôt la contrature, ce qui n'a pas lieu pour le côté droit. La malade est toujours en état de veille et cette expérience est faite presqu'à son insu, pendant que son attention est attirée ailleurs. Cette contracture disparaît comme celle du sommeil par la friction des antagonistes.

Caill.... est endormie rapidement par la fixité du regard. Sur le bras gauche, contracture facile par l'excitation des tendons, par la malaxation musculaire et par l'excitation des nerfs. La pression du nerf cubital en arrière de l'épitrochlée contracture la main dans l'attitude régulière de la griffe cubitale. C'est la première fois que cette expérience est tentée chez cette malade.

Sur le bras droit, l'excitation des tendons et des masses musculaires nous donne des résultats semblables, mais nous constatons que l'excitation du nerf cubital au lieu d'élection n'est point suivie de la contracture habituelle. A chaque froissement du nerf cubital répond un léger mouvement dans les doigts, mais aucune contraction nettement localisée, aucune ébauche de contracture.

Sur le bras gauche au contraire la griffe cubitale s'obtient très facilement. ainsi que nous l'avons déjà dit.

Le griffe cubitale étant produite à gauche, nous plaçons un aimant près de l'avant-bras droit, dans le but de transférer la griffe de ce côté. Dix minutes et plus se passent sans qu'aucun transfert ait lieu. Le bras droit garde sa flaccidité, et l'on note,

par contre, que la contracture de gauche, au lieu de se détendre s'est accusée davantage. La griffe cubitale qui existait déjà s'est exagérée.

Dans ce cas, il faut admettre que le nerf cubital droit était inexcitable du moins par les procédés habituels. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne s'est développée à la face, chez cette malade que plusieurs mois après les premières expériences que nous venons de rapporter. Les deux figures 3 et 4 de la PLANCHE XII (t. II) ont eté prises d'après elle.

Entre autres détails intéressants, l'observation suivante nous montre également une différence entre les deux côtés du corps au point de vue de l'hyperexcitabilité :

E. P..., hystéro-épileptique, anesthésique totale, ovarienne, etc., présente cette particularité dans le mode de production du sommeil hypnotique, que la simple fixité du regard produit chez elle ce que l'on obtient plus fréquemment par l'action d'une lumière très intense. Elle entre d'abord dans *l'état cataleptique* qui persiste indéfiniment, et alors le sommeil ne peut être obtenu qu'à la condition de lui fermer les yeux. La catalepsie cesse aussitôt et la malade devient léthargique.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire caractéristique de la léthargie présentait, le 20 janvier 1881, les particularités suivantes :

1° La contracture demande pour se produire une malaxation assez énergique des masses musculaires.

2° Elle se montre avec plus de facilité à la suite de l'excitation tendineuse. Mais il faut alors répéter les chocs, et l'on voit la contracture s'accentuer graduellement. La simple pression sur le tendon est impuissante.

3° L'hyperexcitabilité est plus développée sur le bras gauche que sur le bras droit. La différence entre les deux côtés est assez notable. Il faut insister beaucoup plus pour obtenir à droite les mêmes résultats qu'à gauche. On y arrive cependant.

4° Lorsque l'excitation est insuffisante, on n'obtient qu'une contraction plus ou moins prolongée ou bien une contracture qui se résout d'elle-même bientôt.

5° La contracture une fois bien établie persiste après le réveil.

B. — L'hyperexcitabilité neuro-musculaire peut cesser partiellement dans une partie du corps, ou inversement peut y être provoquée.

Chez une de nos malades qui présente à un haut degré l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, nous avons vu plusieurs fois dans le cours de nos expériences, cet état musculaire spécial disparaître tout d'un coup pour faire place à un état paralytique localisé à un seul côté du corps et qui persistait au réveil. D'ailleurs nous avons toujours pu, à la suite de quelques manœuvres, ramener la motilité, et, au bout de quelques instants, rendre à la malade toute la liberté de ses mouvements. Voici le récit d'un de ces accidents :

22 *décembre* 1880. — Pendant le cours d'expériences assez prolongées sur l'hyperexcitabilité des muscles et des nerfs du bras droit, tout d'un coup, sans cause apparente, toute trace d'hyperexcitabilité disparaît dans ce membre et à la fois dans tout le côté droit du corps aussi bien à la face qu'aux membres. Le bras droit retombe inerte le long du corps, Witt.., qui est assise s'affaisse de ce côté, les réflexes tendineux existent néanmoins. Tout le côté gauche a conservé l'hyperexcitabilité neuro-musculaire comme auparavant. Si l'on soulève les paupières, la catalepsie est facile à gauche, mais à droite elle n'a plus lieu.

On réveille la malade par les procédés ordinaires, l'hémiplégie persiste; son bras droit est inerte; elle peut à peine se tenir debout, elle est incapable de marcher, sa jambe droite lui refuse tout service.

De plus Witt... est aphasique. Elle est comme hébétée, elle regarde son bras paralysé qu'elle cherche à soulever avec l'autre main, mais sans manifester le mécontentement qu'un réveil dans un semblable état semblerait devoir lui causer.

Elle fait quelques résistances lorsque nous cherchons à l'endormir de nouveau. On y parvient cependant sans difficulté par la pression des globes oculaires. Le même état hémi-paralytique persiste. Au bout de quelques instants, il se pro-

duit spontanément un tremblement léger dans la mâchoire inférieure.

Ce tremblement augmente peu à peu, ·puis gagne le bras droit, puis la jambe droite. Les membres du côté gauche conservent leur immobilité, jusqu'au moment où, gagnant en amplitude, les oscillations du tremblement se transforment en violentes secousses qui soulèvent tout le corps.

Ces secousses sont bientôt suivies d'une sorte de stertor qui dure qnelques minutes. La paralysie du côté droit n'a pas disparu. Le sommeil persiste avec les mêmes caractères qu'avant cette petite crise.

Croyant voir une indication dans ce qui venait de se passer, nous essayons de provoquer une attaque. Une excitation vive portée sur les zones hystérogènes de l'aisselle n'amène qu'une violente secousse généralisée. Cette manœuvre, répétée plusieurs fois, est bientôt suivie du réveil. Et cette fois Witt... a recouvré en même temps que la connaissance le mouvement et la parole. Elle n'a qu'un souvenir confus de ce qui s'est passé, et s'étonne d'une sensation de fatigue qu'elle éprouve dans tout le côté droit.

Nous rapprocherons du fait qui précède, l'expérience suivante dans laquelle, pendant l'état somnambulique, alors que, suivant la règle, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire avait entièrement disparu, cette disposition musculaire spéciale a pu être rappelée dans un seul membre :

26 *janvier* 1880. B... est plongée par la friction sur le sommet de la tête dans le sommeil sans hyperexcitabilité neuro-musculaire ou état somnambulique. L'excitation mécanique directe ou indirecte des muscles n'amène plus leur contracture. Les réflexes tendineux n'en sont pas moins conservés. La résolution musculaire est parfaite. La catalepsie n'est plus possible par l'ouverture des yeux. L'état de la motilité est le même par tout le corps.

Nous recherchons l'état de la contractilité électrique que nous trouvons normale. Mais au bout de quelques instants de faradisation, nous nous apercevons que le membre sur lequel nous opérons est redevenu hyperexcitable. En effet, l'excitation

mécanique des nerfs et des muscles amène la contracture de la façon que l'on sait, mais cela au bras gauche seulement. Tout le reste du corps n'offre pas trace d'hyperexcitabilité.

Lorsque les paupières sont ouvertes, le bras gauche devient cataleptique, ce qui n'a lieu en aucune façon pour le bras droit.

C. — Variations individuelles de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

D'une malade à l'autre, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire peut présenter de grandes différences au double point de vue de la précision et du degré de développement de ses caractères. Les différents degrés que l'on observe successivement chez une même malade, lorsque le phénomène est en voie de développement, peuvent se montrer isolément chez des malades différentes, et l'on conçoit fort bien que, suivant les dispositions spéciales du sujet, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire puisse s'arrêter aux diverses phases de son évolution. Nous rapporterons ici deux observations dans lesquelles les caractères du sommeil hypnotique se sont montrés peu développés :

L. D.., seize ans, hystéro-épileptique, a de grandes attaques convulsives avec arc de cercle et attitudes passionnelles, a en outre des accès de somnambulisme naturel. Ovarienne à gauche principalement.

Entrée le 6 février 1881, à l'hospice où elle n'a fait qu'un très court séjour.

9 *février* 1881. L'anesthésie se trouve réduite à une plaque de la largeur des deux mains environ et qui occupe le sommet de la tête, plus étendue à gauche qu'à droite; en avant elle coupe le front obliquement, descendant jusqu'au niveau du sourcil gauche. Il n'y a pas d'achromatopsie. Les réflexes ten-

dineux sont exagérés aux genoux; ils sont fort peu accusés aux poignets et aux coudes, un peu plus cependant aux membres du côté gauche.

La malade est assise sur une chaise et on la prie de fixer avec persistance la tête brillante d'une grosse épingle que l'on maintient à peu de distance de ses yeux et un peu en haut.

Au bout de cinq minutes environ, on remarque quelques mouvements cloniques dans les muscles de la face, surtout du côté gauche, les conjonctives sont rouges, les sourcils se contractent. La fixité du regard augmente, le clignotement disparaît. A ce moment les membres sont insensibles à la piqûre; lorsqu'on les soulève, ils retombent inertes; il n'y a pas de catalepsie. Les réflexes tendineux aux deux bras sont manifestement exagérés. Le même état persiste un quart d'heure environ avec quelques frémissements de tout le corps et des muscles de la face de temps en temps; l'objet brillant est toujours maintenu devant les regards de la malade.

Puis tout d'un coup, pendant que l'on continue à piquer les membres du sujet, on s'aperçoit que la sensibilité a reparu partout; chaque piqûre donne lieu à un mouvement réflexe, indice que l'impression est perçue par le centre nerveux. Alors on retire l'objet qui sert à maintenir la fixité du regard, pensant que l'expérience était terminée. Mais aussitôt les yeux se ferment et la malade tombe dans un état de résolution tel que nous n'en avons jamais observé de semblable. La malade est endormie. Tout son corps s'affaisse sur lui-même au point qu'elle glisse sur sa chaise, et qu'on a peine à l'y maintenir assise. La tête retombe lourdement sur la poitrine, oscillant d'un côté sur l'autre suivant qu'on cherche à la redresser.

Dans cet état les réflexes tendineux sont fort exagérés. Le choc sur le tendon rotulien donne lieu à un soubresaut de tout le corps; aux coudes et aux poignets le choc tendineux est suivi d'un mouvement bien plus étendu que pendant la veille. En somme, nous trouvons ici *exagération et généralisation des réflexes tendineux*, mais nulle tendance à la contracture. La contracture n'est produite ni par la percussion répétée des tendons, ni par la malaxation des masses musculaires.

La sensibilité persiste, et le pincement ainsi que la piqûre donnent naissance à des mouvements réflexes; la malade retire son membre, et la douleur se peint sur sa physionomie, qui autrement est impassible et sans expression.

L'ouverture des yeux n'a pas lieu sans quelque difficulté, à cause du spasme des paupières et de la convulsion des globes oculaires. On y arrive cependant, mais le regard ne paraît pas bien fixe et au bout de peu d'instants les paupières se ferment d'elles-mêmes. Pendant que les yeux sont ouverts, l'état musculaire ne change pas, pas de catalepsie possible, même état des réflexes, même résolution,

Bientôt la malade est prise de secousses des bras, analogues à celles du début de son attaque. La crise paraît imminente. Nous nous empressons alors de la réveiller par le souffle sur le visage et sur les yeux. Il faut insister un peu pour y parvenir.

La malade se dit très fatiguée; elle ne peut se tenir debout, ses jambes refusent de la porter. Elle a une tendance invincible au sommeil et se rendort d'elle-même. On la fait alors porter à son lit où elle ne tarde pas à s'éveiller spontanément.

Nous la revoyons environ une demi-heure après. Elle est parfaitement réveillée, et ne ressent d'autre malaise qu'une grande fatigue. Nous constatons que les réflexes tendineux sont bien plus exagérés qu'avant l'expérience, tout en l'étant à un degré moindre que pendant le sommeil.

Cette expérience d'hypnotisme est la seule qui ait été été faite sur cette malade. C'était la première fois qu'elle y était soumise, et nous ne pûmes la répéter, car elle sortit de l'hospice le lendemain même.

Ici, des phénomènes musculaires qui servent à caractériser l'hypnotisme, un seul persiste, c'est l'exagération des réflexes tendineux qui se montre d'une façon très manifeste. Il n'y a aucune aptitude des muscles à la contracture quand les yeux sont fermés, et lorsqu'ils sont ouverts, aucune tendance à l'état cataleptique. Enfin la résolution musculaire s'est montrée là à un degré peu ordinaire, et la fatigue qui a suivi l'expérience est un fait tout à fait exceptionnel.

Dans l'observation suivante à l'exagération des réflexes tendineux s'ajoute une certaine tendance à la

contracture, bien qu'aucune localisation précise soit possible. Ce n'est en somme qu'une sorte d'état rudimentaire de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, et l'état cataleptique qui suit l'ouverture des yeux ne peut être provoqué.

18 *février* 1881.—V..., hystéro-épileptique hémianesthésique à gauche, analgésique du côté droit. Pas d'achromatopsie.

Exagération des réflexes tendineux aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs, plus accusés à gauche qu'à droite. A la jambe gauche la trépidation épileptoïde peut être provoquée par le procédé ordinaire (soulèvement de la pointe du pied).

Cette malade n'a jamais été endormie. Nous la prions de fixer du regard un objet brillant et rapproché. Au bout de peu d'instants elle pousse quelques soupirs, puis bientôt les yeux se ferment, la tête se renverse, elle est endormie.

La résolution musculaire est complète. Les réflexes tendineux ont subi une exaltation notable. Le mouvement réflexe est plus étendu.

La malaxation des masses musculaires ne détermine aucune contracture. Il en est de même aux poignets pour l'excitation mécanique portée sur les tendons, percussion, friction ou malaxation. Mais le choc rotulien donne un résultat différent. A la suite de plusieurs coups portés successivement la jambe se roidit dans l'extension et la contracture envahit en même temps les quatre membres. Cette contracture cède facilement par la friction.

Le spasme des paupières empêche l'ouverture des yeux, les pupilles se cachent convulsivement sous la paupière supérieure et ne se laissent pas découvrir. La catalepsie n'est pas possible. — Le réveil est facilement obtenu par le souffle sur le visage.

Les deux exemples qui précèdent nous montrent le sommeil hypnotique à un degré fort incomplet, sorte d'état rudimentaire. Les phénomènes psychiques sont nuls, l'état cataleptique n'existe pas, pas plus que l'aptitude des muscles à la contracture localisée. En

outre de la somniation et de la perte de connaissance, l'exaltation des réflexes tendineux, simple ou accompaguée de tendance à la contracture, est le lien qui rattache ces faits incomplets à l'état de léthargie hypnotique entièrement développé dont nous avons donné la description. Mais, entre ces deux extrêmes, l'on conçoit qu'il existe de nombreux degrés intermédiaires qui constituent comme autant de variétés. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE NERVEUSE

DE LA CACHEXIE PACHYDERMIQUE. (Myxœdème des auteurs anglais). — OBSERVATION NOUVELLE AVEC ALIÉNATION MENTALE TRANSITOIRE[1];

Par le Dr H. BLAISE, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Nous avons pensé qu'il était utile de donner un compte rendu complet des dernières observations publiées par les auteurs anglais et américains, ces observations n'étant pas relatées dans les recueils français. Comme on le voit, le nombre des cas de myxœdème dont la description a été faite est encore assez restreint. Bien que l'on puisse citer déjà une vingtaine d'observations, les documents sont encore

[1] Voir le no 7, p. 60.

insuffisants et ne permettent pas de donner une description complète de la maladie. Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de publier le cas suivant qu'il nous est donné d'observer dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Grasset.

OBSERVATION (personnelle).

Honorine A..., lingère, âgée de trente-quatre ans et née à Montpellier, entre à la clinique des vieillards (service de M. GRASSET), au mois de novembre 1880.

Son père a joui d'une bonne santé habituelle ; sur ses vieux jours, il est devenu asthmatique (catarrhe chronique et emphysème) et a succombé à l'âge de soixante-cinq ans. Sa mère est morte à soixante-sept ans des suites d'une attaque. Elle n'a qu'un frère, âgé de quarante-quatre ans, qui s'est toujours bien porté.

A..., d'un tempérament lymphatique, a présenté dans son enfance des engorgements ganglionnaires au cou et des croûtes dans les cheveux. Réglée à onze ans, sa menstruation était régulière, mais abondante. Elle perdait d'habitude pendant cinq à six jours; souvent même, la période menstruelle durait jusqu'à huit jours. Ses règles ne s'accompagnaient pas de troubles nerveux, et, pendant leur évolution, elle se livrait sans inconvénient à ses occupations journalières. Elle n'a jamais eu d'enfant.

Elle prétend n'avoir commis aucun excès; cependant, elle passait, dans son quartier, pour une fille déréglée et commettant de fréquents excès vénériens. Elle ne présente d'ailleurs aucune trace de syphilis. Son caractère, très turbulent jusque vers l'âge de douze ans, est devenu doux et facile à partir de cette époque. D'autre part, elle a mené jusqu'à l'âge adulte une vie très active. Son intelligence paraissait vive et sa parole était rapide, à tel point que souvent on ne saisissait pas ce qu'elle disait.

Notre malade, qui n'a jamais quitté Montpellier, a toujours eu un embonpoint extraordinaire depuis l'établissement de ses menstrues. A l'âge de treize ans, on lui en donnait dix-huit. Mais ce n'est guère que vers l'âge de vingt-sept à vingt-huit

ans qu'elle a commencé à prendre les proportions démesurées que nous lui voyons aujourd'hui. Cependant, son affection paraît avoir débuté vers l'âge de vingt et un ans. A cette époque, elle a eu une éruption de petits boutons, gros comme une tête d'épingle, limitée aux membres supérieurs, et qui dura environ cinq à six jours. Deux ou trois mois après cette éruption, ses cheveux commencèrent à tomber : tous les matins, le peigne en enlevait des quantités très notables. Cette chute se prolongea pendant neuf mois environ, s'accompagnant de celle des cils et des poils dans toutes les régions qui en sont pourvues. En même temps, elle souffrait de fortes douleurs au niveau des pommettes et de gastralgie avec vomissements fréquents de matières alimentaires survenant assez loin des repas. A partir de ce moment, elle eut de la dysménorrhée et resta quatre mois sans être réglée. Mais bientôt, sous l'influence d'un traitement tonique et ferrugineux (vin de quinquina, pilules de Blaud, bains ferrugineux, nourriture substantielle, lait d'ânesse pendant un mois), l'état général ne tarda pas à s'amender. Le teint redevint frais, coloré, et, malgré quelques douleurs gastralgiques, Honorine se trouvait dans un état de santé relativement bon, se livrant sans difficulté à ses occupations journalières. Elle garda sensiblement les mêmes dimensions et n'éprouva rien de bien particulier jusque vers l'âge de vingt-sept ans. Mais alors les différentes parties de son corps, ou plutôt de ses téguments, se mirent à grossir progressivement, en même temps qu'elle éprouvait des sensations bizarres, du côté de la peau, sensations douloureuses, de brûlure, de piqûres d'épingle, de froid, d'eau qui lui courait dans les jambes, de torsion et de pression des chairs. En même temps aussi, elle avait des maux de tête fréquents avec douleurs siégeant particulièrement au niveau des os malaires. Son caractère se modifia, devint inquiet. La parole devint lente, grasse, et revêtit bientôt un timbre spécial. Cette modification dans la parole s'accompagnait d'une certaine lenteur dans les idées, de fatigue intellectuelle rapide.

Les sens spéciaux eux-mêmes étaient compris dans ce tableau morbide. Le goût d'abord, et presque aussitôt l'odorat et l'ouïe, présentèrent des altérations fonctionnelles. Ces perversions sensorielles, d'abord peu accentuées, arrivèrent à leur maximum trois mois environ avant son entrée à l'asile, qui eut lieu fin janvier 1878. Elle trouvait mauvais goût et mauvaise odeur

aux aliments les mieux préparés. Elle entendait des propos injurieux, des propos obscènes qui s'adressaient à elle et que prononçaient les personnes qui l'entouraient. Dans les premiers temps, son jugement suffisait à rectifier l'erreur de ses sens; elle comprenait que ces personnes étaient incapables de proférer sur son compte de pareils propos, et elle arrivait, mais non sans peine, à se persuader qu'elle était le jouet d'illusions. Mais peu à peu sa volonté prit le dessous et elle ne tarda pas à accorder une croyance entière aux indications erronées de ses sens. C'est alors qu'elle interpellait vivement dans la rue des personnes qu'elle accusait de mal parler d'elle et de l'insulter, tandis que la conversation de ces personnes avait roulé sur un sujet qui lui était complètement étranger. Il lui semblait que son corps exhalait une odeur repoussante. Certaines personnes lui apparaissaient menaçantes en même temps qu'elles lui reprochaient d'avoir tué l'enfant d'une de ses voisines. De nouvelles sensations bizarres se déclaraient du côté des téguments, trouvant dans une certaine mesure leur raison d'être dans les modifications que subissaient ces derniers. C'est ainsi qu'Honorine prétendait avoir un masque sur la figure, ou bien sa tête s'était transformée en une tête de chien. Quelque temps auparavant, elle avait constaté que la chaleur du soleil et le froid vif l'impressionnaient plus lentement que par le passé. Elle avait aussi constaté que l'épaississement progressif des téguments des mains avait diminué la délicatesse du toucher. Le sommeil était troublé par des rêves pénibles, par des apparitions terrifiantes. Les cheveux se remirent à tomber. En même temps, la malade éprouvait des troubles digestifs avec douleurs gastralgiques après le repas, suivies de vomissements fréquents. La constipation était habituelle.

Les perversions sensorielles devinrent bientôt l'origine d'un délire continu avec prédominance des idées de persécution. Internée à l'asile sur ces entrefaites, elle resta quelque temps dans le même état psychique, prenant les gardiennes pour des hommes déguisés en femmes qui voulaient l'assassiner, poussant fréquemment des cris dans sa terreur, considérant le personnel médical comme des juges qui l'avaient condamnée. Elle ne se rendait d'abord aucun compte du lieu où elle se trouvait. Ce n'est qu'au bout de quelques mois qu'elle parvint à se reconnaître et à distinguer qu'elle avait affaire à des médecins et à des infirmières. Le gonflement des téguments aurait progressé

à l'asile jusque vers la fin de l'année 1878. Particulièrement marqué à la face, surtout au côté droit, il devint tel, dit la malade, qu'on voyait l'eau à travers ses paupières, tant elles étaient transparentes. L'infiltration, par sa propagation aux muqueuses et particulièrement à la muqueuse buccale, finit par rendre douloureux l'acte de serrer les mâchoires. La parole devint plus grasse, comme empâtée, fortement nasillarde. Les lèvres épaisses, fortement renversées en dehors, laissaient la salive s'échapper avec facilité de la bouche. Mais bientôt ce gonflement se mit à rétrocéder, particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds, en même temps que s'amendait l'état psychique et que disparaissaient progressivement les perversions sensorielles et les idées délirantes. Pendant tout ce temps, Honorine avait une constipation opiniâtre, troublée de distance en distance par de véritables débâcles : cinq à huit selles dans la même journée; on aurait dit une véritable action purgative. Enfin, l'état psychique finit par s'améliorer à un point tel que la guérison fut complète, et que notre malade obtint sa sortie de l'asile en octobre 1880. Le traitement avait consisté dans l'administration de préparations toniques et ferrugineuses : lait de quina, sirop de raifort ioduré, fer sous diverses formes, bains sulfureux.

Etat actuel. — Du côté des sens spéciaux, il n'existe plus aucune perversion sensorielle. On constate simplement un peu de diminution de l'acuité visuelle. L'état mental est excellent : la malade est raisonnable. Pour tout ce qui est en dehors de l'état psychique ou sensoriel, il existe, d'après notre malade, une amélioration très notable. La parole est beaucoup moins lente, mais elle conserve le caractère empâté, rauque et nasillard. Honorine n'est pas fatiguée par l'exercice intellectuel et entretient sans difficulté une conversation suivie. Il reste cependant un peu de lenteur dans les mouvements et les idées, peu marquée d'ailleurs.

Du côté des téguments, il existe une amélioration très notable, particulièrement au niveau des pieds. Ces derniers ne diffèrent pas sensiblement de ceux d'une personne ordinaire, si l'on néglige un état de sécheresse particulier de la peau. L'amélioration a également porté sur la paume des mains, dont la peau est devenue moins épaisse et plus souple. L'œdème de la face aurait également diminué, particulièrement au niveau des paupières.

Si l'on compare la physionomie générale de notre malade à

celle qu'elle a présentée avant le début de la maladie et dont on peut juger d'après une photographie faite entre vingt et vingt et un ans, on constate un changement considérable, très marqué, surtout en ce qui concerne la face. Ainsi, bien qu'Honorine présentât, dès l'âge de vingt et un ans, une face très développée, comme tout le reste du corps d'ailleurs, il existe un rapport normal entre le développement de toutes les parties. De plus, on ne retrouve nullement cette apparence d'œdème, si nette actuellement au niveau des paupières, à tel point que ces dernières présentent une semi-transparence, un peu variable, du reste, suivant les jours. Au premier abord, l'aspect de la face fait croire à un œdème brightique. Mais le doigt ne détermine pas de cupule à la pression; le gonflement est surtout marqué au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur et de la parotide, avec prédominance à droite. Le front présente des rides profondes. Les lèvres sont encore fortement épaissies, renversées en dehors; la muqueuse en est luisante, mais pâle et anémiée. Les cils ne sont revenus qu'incomplètement et le bord libre des paupières est rouge. Les sourcils sont assez fournis; il existe même un peu de barbe naissante sur les joues de chaque côté et sur la lèvre supérieure. Enfin, la face a peu d'expression : on dirait un masque. Le rire ne détermine qu'une forte grimace, qui donne une physionomie étrange à la malade. Depuis quatre à cinq ans, les cheveux ont recommencé à tomber, mais peu abondamment. A la partie médiane et antérieure de la tête, il existe une calvitie presque absolue. D'autre part, la malade a remarqué que, dans ces dernières années, les cheveux avaient changé d'aspect et de consistance : ils seraient devenus plus laineux, moins fermes et plus ternes. La muqueuse de la bouche est épaissie, comme boursoufflée. Les dents ont toujours été et sont encore en assez bon état (il ne manque qu'une incisive); elles déterminent sur la face interne des joues une empreinte permanente très marquée. La luette est grosse, comme œdématiée et pend sur la base de la langue.

La peau et le tissu cellulaire du cou sont aussi fortement épaissis; l'extension de la tête détermine à la nuque des plis très profonds. Sur le tronc, le système pileux est assez développé et la peau présente le même aspect général que sur le reste du corps. Les mamelles sont pendantes, lourdes, volumineuses, nullement fermes au toucher.

L'œdème spécial est encore assez net sur les bras et les avant-bras, mais il a presque totalement disparu sur les mains. Au niveau de ces dernières, la peau est particulièrement sèche et rugueuse, gercée, presque écailleuse, surtout autour des articulations métacarpo-phalangiennes et dans les parties sus-jacentes. Aux membres inférieurs, le gonflement est plus marqué, à l'exception des pieds. On n'y voit aucune trace d'insertion musculaire et il existe un défaut de proportion très manifeste entre le volume des membres aux différentes hauteurs. Ainsi, à partir de la saillie du mollet, la jambe va s'amincissant beaucoup moins qu'à l'état normal.

D'ailleurs, dans quelque partie du corps que l'on envisage le tégument, ce dernier présente une fausse apparence d'œdème sans cupule à la pression du doigt, nulle part mieux marquée qu'à la face; une coloration blanchâtre, un peu cireuse dans certaines régions ; un état de sécheresse et de rudesse très marqué. La sécrétion sudorale est fortement diminuée : la malade ne sue, d'une façon un peu notable, que sous les aisselles. La sensibilité cutanée ne paraît pas actuellement émoussée, au moins d'une façon appréciable. Les organes internes paraissent sains. A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de souffle anémique à la base, qui se propage dans les vaisseaux du cou. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures est normale. Cette urine (*d* = **1013 — 1020**), même fraîche, présente une légère réaction alcaline et laisse déposer, au bout d'un certain temps, un précipité muqueux assez abondant, qui ne présente au microscope aucun caractère bien particulier. Cet état de l'urine est dû probablement à un peu de catarrhe vésical. La quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures paraît diminuée. L'analyse n'a révélé que 14 grammes dans les urines rendues du 25 au 26 février. Il n'existe d'ailleurs aucune trace d'albumine. Le thermomètre a donné les résultats suivants :

22 février (3 h., soir), la température ambiante étant 19° c.

Aisselle	droite.. / gauche.	39°,4.
Pli du coude	droit.....	35°,4.
	gauche...	35°,6.
Face antérieure de l'avant-bras	droit.....	31°,6.
	gauche...	31°,7.

25 *février* (4 h. soir), T. Ax. dr., 36°,9.
26 *février* (10 h. matin), T. Ax., 36°,5.
27 *février* (matin), T. Ax., 36°,8.
28 *février* (3 h. soir), T. Ax., 37°,2.

En présence de ces chiffres, il serait difficile de conclure à un véritable abaissement de la température périphérique. — En prévision d'antécédents syphilitiques, on avait institué, quelque temps après son entrée à la clinique, un traitement spécifique. Pendant environ trois semaines, Honorine prit de la liqueur de Van Swieten et de l'iodure de potassium. Mais ce traitement, loin d'amener une amélioration, paraissait augmenter la faiblesse générale. Aussi, et comme d'autre part il n'existait pas de raison bien probante pour l'existence d'une syphilis antérieure, ce traitement fut remplacé par des préparations toniques et ferrugineuses (vin de quinquina, peroxychlorure de fer, etc.). Il en résulta promptement une amélioration réelle dans l'état général de la malade.

Cette observation présente plusieurs particularités remarquables : l'intensité des phénomènes nerveux ; la marche de l'affection, procédant, pour ainsi dire, par deux poussées successives que sépare un intervalle de temps assez notable, sont des faits qui nous paraissent mériter une attention spéciale. D'autre part l'histoire de notre malade parait justifier complètement la théorie de Ord. Elle indique en effet une subordination complète des troubles nerveux aux lésions cutanées. Les troubles nerveux vont croissant à mesure que se développent les lésions cutanées, à tel point qu'il survient une véritable aliénation mentale avec délire des persécutions. Puis, on voit ces troubles psychiques et nerveux s'amender progressivement et arriver à une guérison complète, à mesure que s'améliore l'état des téguments. Une particularité non moins intéressante est l'efficacité de la médication tonique et ferrugineuse qui, toutes les fois qu'elle a été mise en

usage, a donné d'excellents résultats. Il existe évidemment ici plus qu'une simple coïncidence. Des effets analogues ont été obtenus d'ailleurs dans d'autres cas, en particulier par MM. Bourneville et d'Olier sur leur malade. Enfin l'amélioration qui se trouve notée dans plusieurs observations ne paraît nulle part aussi marquée que chez notre malade.

Nous avons adopté la dénomination de « *cachexie pachydermique* », créée par M. Charcot, parce qu'elle nous paraît de beaucoup la meilleure. L'état de cachexie que présentent tous les malades, est un élément tout aussi important, tout aussi caractéristique que l'altération tégumentaire. Comme dans toutes les cachexies, l'affection porte non seulement sur un système, mais sur l'ensemble de l'économie et les médications actives sont celles qui modifient avantageusement l'ensemble de l'organisme. Enfin, comme on l'a déjà fait remarquer, l'expression cachexie pachydermique ne préjuge rien sur la nature de l'affection et a l'avantage de rappeler la forme particulière des extrémités des membres.

Les observations de cachexie pachydermique publiées jusqu'à ce jour permettent de connaître la maladie dans ses traits principaux. Mais les documents sont encore insuffisants pour édifier une histoire clinique complète. Cependant, les observations nouvelles ont considérablement élargi le cadre primitif de la maladie.

W. Gull pensait que l'affection était propre à l'âge adulte et à la femme. Mais les observations publiées successivement par Savage, Charcot, Bourneville et d'Olier, Th. Inglis, montrèrent que les hommes pouvaient eux aussi être atteints. D'autres faits ont établi

que l'affection pouvait débuter chez l'enfant. Enfin, si la cachexie pachydermique est beaucoup plus commune chez la femme et présente son maximum de fréquence après trente ans, il n'existe aucun cas ayant débuté chez le vieillard.

L'étiologie est encore très obscure. Dans aucun cas, l'affection n'était héréditaire. Du côté de l'hérédité, certaines observations parlent d'antécédents nerveux, tels qu'apoplexie ou folie. Comme antécédents personnels, on ne peut guère signaler que des causes banales : chagrins domestiques, émotions, fatigues excessives. Chez plusieurs femmes, il y avait eu un nombre considérable de grossesses ou de fausses couches. La maladie peut survenir chez des personnes ayant toujours joui d'une bonne santé. Enfin on ne connaît absolument rien de l'influence des diathèses, des climats et des saisons.

Quand la maladie est confirmée, ce qui frappe à première vue, c'est l'aspect œdémateux de la face, qui suscite immédiatement l'idée d'une néphrite chronique. Cet œdème est particulièrement marqué au niveau des paupières, des lèvres et des joues. Les paupières sont gonflées, ridées, souvent comme transparentes. Les lèvres sont épaissies, renversées en dehors, particulièrement la lèvre inférieure. Le nez est charnu, épaté, avec narines largement dilatées. Sur le reste de la face, l'œdème est plus ou moins marqué ; au niveau du front, on l'a vu n'exister que par plaques. Il peut aussi être plus accentué d'un côté que de l'autre, ce qui entraîne une asymétrie faciale plus ou moins notable. Loin de prédominer aux parties déclives, il est ordinairement plus net sur les côtés. Nulle part la

peau ne conserve l'empreinte du doigt. Les rides sont très accusées, particulièrement au niveau du front. La peau de la face présente une teinte cireuse, sur laquelle tranche habituellement une vive coloration des pommettes. Enfin la physionomie est sans expression, ou présente une expression particulière : elle dénote alors la tranquillité, la tristesse ou l'hébétude. Dans certains cas, on pourrait croire que la figure du malade est recouverte d'un masque.

Dans plusieurs observations on a signalé la chute des cheveux et des poils au début de la maladie. On a même constaté de véritables troubles trophiques du système pileux. Les cheveux et les poils perdent leur éclat, deviennent laineux, plus fragiles. Des troubles trophiques analogues ont même été constatés du côté des ongles, qui deviennent cassants, rabougris et peuvent se détacher.

La langue est habituellement large, épaisse et peut même paraître trop grande pour la bouche. La muqueuse buccale et pharyngienne est d'ailleurs gonflée, mais non congestionnée, par suite de son infiltration par l'exsudat muqueux. Dans quelques cas, les dents se trouvaient en mauvais état, étaient fragiles, cariées, tombaient.

Au cou, l'infiltration mucoïde détermine des rides profondes sur la nuque. En avant, l'état du corps thyroïde est très intéressant. Presque constamment diminué de volume, quelquefois il n'atteint pas le quart de ses dimensions ordinaires et, dans certains cas, il a été impossible d'en trouver trace à la palpation. D'ailleurs la recherche du corps thyroïde est rendue difficile par le gonflement des téguments. Du côté des membres,

l'infiltration cutanée et sous-cutanée détermine la plupart du temps des déformations caractéristiques. Les membres sont tranformés « en véritables colonnes pesantes, arrondies, sans grâce ». Les mains sont larges, grossières, les doigts élargis en forme de massue; le tout rappelle plus ou moins la forme d'une bêche ou l'extrémité d'un pachyderme. Les pieds présentent une déformation analogue et une apparence œdémateuse. Mais, ici comme partout ailleurs, il ne s'agit pas d'un œdème ordinaire, mais de cet œdème spécial, solide, dont nous avons déjà décrit les caractères. Cet œdème peut être d'ailleurs plus marqué d'un côté que de l'autre au niveau des membres.

Sur le tronc, on observe toujours ce même gonflement, plus ou moins marqué. Les téguments sont tendus, font corps avec les parties profondes, et il est très difficile d'y faire un pli. Les mamelles sont dures, gonflées. Dans plusieurs observations, on a signalé la présence de tumeurs molles, quelquefois même tremblottantes, qui s'étaient développées dans la peau de la face, du crâne et du tronc. Du côté des organes génitaux, on a noté un gonflement de la vulve et du museau de tanche; mais ce fait doit être rare. La muqueuse inférieure du rectum peut être gonflée au point de gêner la défécation (Dr Ord, Bourneville).

Sur toute l'étendue du corps, la peau est sèche, rugueuse, écailleuse même sur certaines parties, particulièrement au niveau des mains et des pieds. Les malades suent peu ou même pas du tout; la sécrétion sébacée est tarie. Il existe des sensations anormales du côté des téguments : fourmillements, picotements, sensation de froid, de brûlure, de torsion des chairs.

La sensibilité cutanée est très souvent émoussée. Les malades sont en général très frileux. La température des téguments et de l'aisselle est habituellement au-dessous de la normale. Cette diminution de la température paraît coïncider avec une diminution dans les échanges organiques : toutes les fois qu'on a procédé à l'analyse des urines, on a trouvé une diminution dans la quantité d'urée excrétée dans les 24 heures.

Les organes internes restent d'ailleurs parfaitement sains et les urines ne contiennent pas d'albumine. Quant aux troubles digestifs signalés dans plusieurs observations, ils ne relèvent pas forcément de l'infiltration mucoïde de la muqueuse gastro-intestinale; on pourrait très bien les rattacher, dans la plupart des cas, à l'anémie profonde, à la cachexie concomitante. La constipation est habituelle, entretenue peut-être par la diminution des sécrétions intestinales. La menstruation est difficile et irrégulière ; on signale ordinairement de l'aménorrhée. Signalons aussi une certaine gêne de la respiration pouvant aller jusqu'à une sensation de dyspnée véritable.

La voix a un timbre spécial ; elle est comme enrouée, nasillarde, M. Ord l'a comparée à la voix pharyngée du début de l'amygdalite. Les réponses sont lentes, monotones, comme traînées. Particulièrement gêné le matin (Th. Inglis), le langage rappelle quelquefois le débit d'un hémiplégique ou l'articulation embarrassée de l'épileptique. Cet état du langage s'accompagne de lenteur corporelle et de torpeur intellectuelle. Les actes les plus simples sont exécutés avec lenteur, on dirait même souvent avec effort. La préhension peut être faible, difficile; les mains sont

inhabiles, particulièrement pour ce qui concerne les travaux délicats, tels que le travail à l'aiguille. La démarche est quelquefois décidée, précipitée même et ne présente alors rien de bien particulier; mais souvent aussi elle est lente, hésitante, vacillante; sans qu'il y ait hésitation proprement dite, le malade n'ose pas s'aventurer à traverser une rue : il y a là quelque chose qui rappelle l'agoraphobie. Inglis compare la démarche d'un de ses malades à celle d'un canard. On peut observer aussi une certaine difficulté à garder l'équilibre, ou à se relever après une chute. Ces phénomènes peuvent coexister d'ailleurs avec une diminution de la force musculaire et de l'excitabilité galvanique des muscles. Dans le cas cité par Hammond, il y avait des symptômes d'ataxie locomotrice avec anesthésie plantaire, ce qui rendait la marche très difficile, particulièrement avec les yeux fermés.

Les facultés psychiques peuvent être intactes; mais, même dans ce cas, on observe habituellement une torpeur intellectuelle plus ou moins marquée. Cette lenteur dans les actes et les réponses, sur laquelle nous venons d'insister, n'est elle-même que le résultat de la lenteur avec laquelle s'accomplissent toutes les facultés intellectuelles. Les malades paraissent indifférents à ce qui se passe autour d'eux. Peu soucieux d'exercer leur esprit ou leur corps, ils restent plongés dans un état de somnolence presque continuel. Le moindre effort intellectuel semble être une source de fatigue. Cependant, lorsqu'on les met en colère, ils sortent de cet état d'inertie : la parole et les actes prennent une vivacité inaccoutumée. Ils deviennent capables d'efforts extraordinaires, témoin ce malade de M. Charcot qui sou-

levait sept boisseaux de pommes de terre de chaque main. Quelquefois les facultés psychiques sont sérieusement atteintes. La mémoire est imparfaite, particulièrement en ce qui concerne les faits récents, ou même toutes les facultés intellectuelles sont affaiblies, obtuses, dégradées : le malade répond difficilement aux questions les plus simples, il échoue devant l'opération la plus simple de l'arithmétique (Hammond). Enfin on peut voir survenir un véritable état d'aliénation mentale avec ou sans illusions et hallucinations des sens spéciaux. C'est ainsi qu'on a observé de la mélancolie, un état de manie avec violence et incohérence du langage pendant la nuit, et même un véritable délire des persécutions.

Tous les malades sont pâles, languissants. Les troubles variés des téguments et du système nerveux s'accompagnent d'une anémie profonde, d'une cachexie véritable. Aussi serait-il fort intéressant de faire des analyses du sang et de compter les globules. C'est une lacune à combler, ainsi que l'a fait remarquer Thaon.

Si, dans tous les cas de cachexie pachydermique, on observe une triade symptomatique constante: anémie profonde, lésions tégumentaires et troubles nerveux, on peut dire aussi que, sur ce fond morbide commun, on peut rencontrer des formes très variées. Ceci s'applique tout particulièrement aux troubles du système nerveux. Véritable prothée, la maladie peut réaliser la symptomatologie du système nerveux tout entier. Troubles de la motilité, troubles de la sensibilité générale et spéciale, symptômes de l'ataxie locomotrice, troubles psychiques depuis les plus légers jusqu'aux plus graves, tout a été observé. Le système nerveux tout entier peut

donc être en cause dans la cachexie pachydermique. Doit-on en conclure, comme l'ont fait quelques auteurs, à l'existence de lésions portant sur ce système? L'existence de ces lésions peut paraître très vraisemblable, mais il ne faut pas oublier qu'elles n'ont encore été constatées par personne. Il faut attendre à cet égard le résultat de nouvelles autopsies. En tout cas, ces lésions ne sont pas indispensables pour expliquer la majeure partie des troubles nerveux et particulièrement les troubles psychiques. Malgré les immenses progrès réalisés par le microscope, n'est-on pas obligé, en clinique mentale, d'invoquer à chaque pas l'altération fonctionnelle? D'autre part, doit-on, avec Ord, subordonner absolument tous les troubles psychiques aux lésions cutanées? Accepté dans toute sa rigueur, ce principe serait faux. Il est incontestable que les troubles psychiques observés peuvent être indépendants des lésions tégumentaires, puisqu'on les a vus constituer les premiers symptômes de la maladie. Mais il nous semble non moins raisonnable d'admettre que, dans certains cas, les altérations tégumentaires puissent devenir l'origine d'idées délirantes. Ne voit-on pas souvent des aliénés en pleine période de calme, être pris tout à coup d'idées délirantes, particulièrement d'idées de persécution, à l'occasion d'un embarras gastrique, par exemple. Ils trouvent à toutes les substances ingérées un goût mauvais, atroce, et s'imaginent par suite que ces aliments sont falsifiés ou qu'une main criminelle a dû y répandre du poison. Il en résulte des idées nouvelles d'empoisonnement, de persécution, qui disparaissent lorsque la muqueuse digestive revient à l'état normal. Des faits identiques

se passent dans la cachexie pachydermique. L'infiltration des téguments externes ou internes entraîne des troubles fonctionnels analogues, suivis des mêmes troubles psychiques. Sans doute, il faut un élément de plus pour que la lésion périphérique provoque une idée délirante. Il faut que l'impression périphérique mauvaise aboutisse à un cerveau disposé à la recevoir et à la transformer d'une manière spéciale, incorrecte. Mais, il n'en est pas moins vrai que c'est à l'occasion de cette impression périphérique que se manifestera l'idée délirante. Des faits de ce genre ont d'ailleurs été notés, non seulement dans la cachexie pachydermique, mais encore dans des maladies telles que la sclérodermie, qui entraînent une altération profonde des téguments. Ne trouve-t-on pas ici l'exemple de cette influence réciproque et intime qu'exercent l'un sur l'autre le tégument et les centres nerveux, et qui reste comme le souvenir de leur communauté d'origine?

La cachexie pachydermique est une espèce nosologique nettement définie et que l'on distingue facilement des états morbides tels que les affections cardiaques ou rénales, la polysarcie, la sclérodermie, etc. M. Charcot affirme même « que la physionomie des malades est si caractéristique qu'une fois qu'on la connaît, on la saisit, pour ainsi dire, au vol et l'on n'hésite pas à porter le diagnostic ».

Quelle place doit occuper le nouvel état morbide dans le cadre nosologique? Ici nous reproduirons entièrement les idées émises par notre savant maître dans une leçon clinique faite à l'occasion de notre malade. M. le professeur Grasset pense que la cachexie pachydermique trouve sa place naturelle à côté du groupe

des sclérodermies, ou mieux, à côté de la sclérodermie œdémateuse. En effet, si la cachexie pachydermique s'éloigne assez de la sclérodactylie et de la sclérodermie ordinaire, il n'en est plus de même pour ce qui concerne la sclérodermie œdémateuse. Dans la sclérodermie œdémateuse, comme dans la cachexie pachydermique, la lésion prédomine dans le tissu conjonctif sous-cutané; elle ne diffère que par la nature de l'œdème. Dans les deux cas la peau présente des altérations: dureté, desquamation en divers points, coloration spéciale, troubles anesthésiques, abaissement de la température, diminution des sécrétions sébacées et sudoripares. Enfin, dans la sclérodermie, on a pu observer comme dans la cachexie pachydermique des hallucinations et des troubles psychiques allant jusqu'à un véritable délire systématisé. La sclérodermie œdémateuse serait pour M. Grasset comme le trait d'union entre la sclérodermie ordinaire et la cachexie pachydermique. Dans l'état actuel de la science, cette opinion nous paraît la plus vraisemblable.

La marche de l'affection est ordinairement lente; il est souvent difficile de préciser le début. Dans quelques cas rares, le début a été brusque: la maladie s'est annoncée par des frissons violents (cas de M. Charcot) ou par une hématurie (cas de Ord). Presque toujours l'évolution est progressive. On a pu cependant observer de l'amélioration et même une amélioration très notable. La malade peut succomber aux progrès de la cachexie ou à une maladie intercurrente. L'affection n'est peut-être pas incompatible avec une longue existence. En tout cas, les données manquent: jusqu'ici on n'a encore suivi que deux malades jusqu'à la mort.

Nous voici arrivés au traitement : « Il est remarquable, dit Thaon, que toutes les médications internes échouent ou soient mal tolérées ; est-ce dû à l'accumulation des médicaments, qui est bien vite atteinte, par suite de l'imperméabilité de la peau fermée à toute excrétion ? ou bien est-ce dû à l'état de dyspepsie, si fréquent chez ces malades ? Il n'en est heureusement pas toujours ainsi. Dans quelques cas les préparations toniques et ferrugineuses ont donné des résultats très satisfaisants. » Notre observation semble particulièrement remarquable sous ce rapport. En dehors du fer, du quinquina, les bains d'air chaud, les frictions, les massages, les bains sulfureux pris à domicile ou mieux dans une station thermale, comme Aix en Savoie, sont parfaitement indiqués. Thaon insiste « sur les avantages du séjour dans un climat sec, tempéré, tonique et bien ensoleillé, tel que celui de Nice. Dans ces conditions les malades peuvent sortir tous les jours ; ils peuvent rester exposés à l'air le plus longtemps possible ; ils peuvent prendre de véritables bains de soleil qui agissent sur l'hémoglobine du sang et sur les nerfs, autant par les rayons caloriques que par les rayons chimiques[1]. »

[1] Depuis que ce travail nous a été adressé, de nouveaux faits ont été publiés ; M. Blaise en a fait le résumé, que nous publierons prochainement. (*Note de la rédaction.*)

CLINIQUE NERVEUSE

NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

Par CH. FÉRÉ.

Dans cette courte étude, nous avons seulement voulu appeler l'attention sur quelques particularités peu connues ou rares de la grande hystérie. Nous n'avons en vue qu'une description épisodique, et nous nous renfermerons dans l'exposition de quelques faits que nous avons eus sous les yeux dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière.

I. — FORME RARE DE L'ATTAQUE

Nous ne reviendrons pas sur la description classique désormais, donnée par M. Charcot, de l'attaque d'hystéro-épilepsie avec ses trois phases épileptoïde, des contorsions et des attitudes passionnelles ou de délire; nous rappellerons seulement que la deuxième période est ordinairement caractérisée par des contorsions plus ou moins variables, par de grands mouvements constitués par des alternatives de flexion et d'extension du tronc suivant l'axe longitudinal du corps; l'arc de cercle à convexité ventrale est un épisode des plus communs de cette période. La

malade qui fait le sujet de l'observation qu'on va lire nous montre une période de grands mouvements qui diffère sensiblement du type ordinaire.

V... (Caroline), âgée de vingt-quatre ans, est entrée le 5 décembre 1880 à la Salpêtrière, salle Sainte-Laure, n° 6 (service de M. CHARCOT).

Antécédents héréditaires. — V... est issue d'une union illégitime. Sa *mère* n'avait que quinze ans quand elle devint enceinte, et aurait eu une fièvre cérébrale (?) pendant sa grossesse ; elle était rhumatisante et sujette à des *attaques convulsives* et à des *étourdissements* ; elle est tombée dans le feu et porte à la face et sur le corps des traces de brûlures ; elle se mord la langue dans ses accès qui se sont répétés à peu près tous les jours, au moins pendant une certaine période. — Le *père*, qui a disparu depuis plusieurs années, n'aurait jamais eu d'accidents nerveux. Il en serait de même des trois *frères* qui sont connus de la malade. — Une tante maternelle se porte bien et n'a pas d'attaques.

Antécédents personnels. — Dès les premiers jours qui ont suivi sa naissance, V... aurait eu des convulsions (pas de sillons dentaires). Elle aurait eu, toute jeune encore, une angine couenneuse suivie de rougeole, et vers sept ou huit ans une scarlatine.

A l'âge de neuf ans, un jour que son père battait sa mère, elle eut une grande peur et c'est alors qu'elle commença à avoir des crises nerveuses. Pendant quatre ans, elle eut tous les jours des attaques nerveuses qui ne se produisaient pas à des heures fixes, mais en toute circonstance nuit et jour. Ces attaques, avec perte de connaissance dès le début, commençaient par le bras gauche qui, allongé le long du corps et la main fermée et fléchie, se tordait en arrière et en dehors. Il n'est pas établi que pendant ces accès elle se fût mordu la langue, mais elle pissait au lit à toutes les fois.

Vers dix ans, un an après les premières attaques, elle aurait eu une fièvre cérébrale. Elle a été réglée à treize ans. A partir de ce moment, elle cessa d'avoir des attaques tous les jours ; ses crises changèrent de caractère et devinrent semblables à celles qu'elle a aujourd'hui. Elle est prévenue qu'elle va être prise. Si, dans la rue, elle se sent malade, elle a le temps de se

réfugier quelque part, de dégrafer ses vêtements, de choisir sa place pour tomber. Ses attaques, d'abord rares, devinrent bientôt extrêmement fréquentes et se répétèrent vingt à vingt-cinq fois par jour depuis l'âge de treize ans jusqu'à vingt-trois.

Depuis que cette nouvelle espèce d'attaques se produit, elle éprouve une douleur continue dans le bas-ventre des deux côtés; mais quand l'attaque va venir, la douleur augmente, principalement du côté gauche, et en même temps, elle a une sensation de boule qui remonte de l'épigastre vers la gorge. En tout temps elle a des battements, quelque chose qui cogne, dans les deux tempes, sans recrudescences au moment des attaques. Elle était toujours bien plus souffrante au moment de ses règles.

Elle vint à Paris, il y a deux ans, entra à l'Hôtel-Dieu où elle resta un mois ou deux. Sous l'influence de l'éther, de la morphine, du bromure de potassium, ses attaques ont diminué considérablement de fréquence depuis cette époque. Elle fut envoyée à la Salpêtrière, où elle ne resta que quelques mois dans un service d'aliénées, bien qu'elle n'eût jamais eu qu'un délire inoffensif à la suite de ses attaques. Au bout de cinq ou six mois, elle quitta l'hospice. Elle vécut pendant neuf mois avec un jeune homme qu'elle finit par quitter à cause de ses accès, elle rentra chez sa mère; mais au bout de quelque temps (décembre 1880), elle tomba sur la voie publique, fut portée à l'Hôtel-Dieu et c'est de là qu'elle est revenue à la Salpêtrière où elle est entrée le cinq décembre 1880.

État actuel. — Elle est d'une intelligence très médiocre, a peu de mémoire, mais elle est laborieuse, aide aux travaux du ménage; — et paraît sincère. Elle est très irritable, sujette à des accès de colère, ou boude facilement. Elle mange très peu et offre quelque dépravation du goût. Elle recherche les mèts vinaigrés; elle aurait bu un jour un litre de vinaigre. Elle est du reste assez bien constituée et ne présente aucun vice de conformation; elle est d'une bonne santé habituelle.

Elle est toujours réglée très abondamment; quelquefois elle perd pendant quinze jours. De temps en temps, elle a des métrorrhagies intercalaires.

Depuis que ses attaques sont moins fréquentes, elle souffre davantage dans le ventre.

Quatre ou cinq jours avant d'être prise, elle se sent mal à son aise et, vers le soir surtout, elle est agitée, elle dort mal et

son sommeil est troublé par des rêves. Il nous est arrivé un jour, pendant qu'elle était dans cet état, de provoquer un accès par pression sur un de ses points hystérogènes, elle s'est trouvée déchargée du coup, s'est trouvée mieux ensuite et n'a pas eu d'attaque spontanée : le 8 mars, à la fin de ses règles, elle était agitée ; j'ai provoqué une série d'attaques par la pression sur son point vertébral, elle n'a pas eu de nouvelle série jusqu'au 5 avril.

Toutes les nuits, elle rêve ; mais les rêves n'ont aucun caractère effrayant et ne sont pas uniformes ; le plus généralement, il s'agit de sa famille.

Depuis un an environ, ses attaques ne se produisent que presque toutes les trois semaines ou un mois, le plus souvent avant ou pendant ou après ses règles ou ses métrorrhagies ; ainsi elle a une série de cinq attaques le 2 janvier, ses règles viennent le 3 et ce jour là encore elle a quatre attaques ; elle a une métrorrhagie le 30 du même mois, elle avait eu quatorze attaques la veille et quatre ce jour là, mais elle avait eu d'autres séries le 6 et le 8 ; au mois de février, elle a ses règles le 3, et elle a une série le 6 et le 7, et est tranquille tout le reste du mois ; au mois d'avril, elle a une série le jour des règles.

Elle a commencé à avoir des rapports sexuels vers dix-huit ans, et n'a jamais remarqué qu'ils eussent aucune influence sur ses convulsions ; pendant sa dernière aventure, les attaques n'étaient pas plus fréquentes que maintenant ; les attaques se produisent toujours le jour, elle n'en a jamais eu la nuit.

Sensibilité générale. — Dans l'intervalle des attaques, elle est hémi-anesthésique gauche, elle ne sent ni le contact, ni la piqûre, ni le froid, mais elle sent la pression sur les parties profondes, et le sens musculaire est conservé. L'anesthésie cutanée n'est d'ailleurs pas limitée exactement à la ligne médiane : il existe une plaque sensible de la largeur de la main à la limite des régions dorsale et lombaire, s'étendant latéralement le long des dernières côtes pour aller se confondre avec une autre plaque un peu moins étendue située en dehors et au-dessous du sein gauche ; autour du nombril, il existe encore une plaque semblable de la largeur de la paume de la main.

Vision. — En raison du peu d'intelligence de la malade, qui ne sait pas reconnaître même les lettres, il est difficile d'ap-

précier au juste son acuité visuelle et l'étendue de son champ visuel qui paraît toutefois rétréci surtout du côté gauche. Elle voit toutes les couleurs des deux yeux, mais elle est incapable de différencier les nuances d'une même couleur[1].

Les deux conjonctives sont insensibles, les cornées ont conservé leur sensibilité.

Ouïe. — Elle entend moins bien la montre du côté gauche.

Odorat. — Conservé des deux côtés; sensibilité tactile conservée dans les deux narines. (Examen avec l'éther.)

Goût. — Égal des deux côtés; insensibilité du voile du palais. (Examen avec la coloquinte.)

Pendant les attaques l'insensibilité est totale et complète.

A toutes les périodes, on peut mettre le doigt au contact de la cornée, sans que la pupille change de direction, ce dont on se rend très bien compte en tenant l'autre œil ouvert. Cette insensibilité paraît même quelquefois persister au moment où la malade a déjà repris connaissance, quand elle s'asseoit et demande à boire; un jour, au moment où elle saisissait le verre, j'ai pu lui mettre le doigt sur la cornée sans que l'œil se ferme et sans que le regard change de direction.

Points hystérogènes : 1° sur la 6° côte gauche vers le bord externe du thorax ; — 2° sur les apophyses épineuses de la 12° dorsale et de la 1re lombaire.

La pression sur la région ovarienne gauche arrête les attaques qui sont prévenues par la pression du bandage à ressort.

V... tombe en catalepsie au bruit du gong. Elle s'endort assez difficilement par la fixité du regard ; du reste dans l'hypnotisme, elle n'offre pas d'hyperexcitabilité réflexe notable; mais les réflexes tendineux sont exagérés; pas de somnambulisme provoqué. Elle s'endort les yeux convulsés en haut; on ne peut pas découvrir la pupille, et par conséquent provoquer de catalepsie dans cet état.

Description de l'attaque. — Que l'attaque soit spontanée ou provoquée, elle se présente toujours avec le même caractère. Si elle est debout au moment où elle est prise, elle s'affaisse, puis s'étend de tout son long. — Si elle est couchée, les paupières se mettent à battre très rapidement; le tronc et la tête se

[1] Nous ferons remarquer à ce propos que certaines hystériques qui semblent avoir perdu la vision d'une couleur, peuvent cependant voir certaines nuances de cette couleur; ce sont tantôt les nuances claires, tantôt les nuances sombres dont la vision aurait persisté.

tournent le plus souvent vers la droite, quelquefois vers la gauche. Le bras droit est dans la flexion, le gauche dans l'extension est animé d'un petit mouvement de trépidation; puis la partie inférieure du corps se tourne du même côté. Elle enfonce le nez dans l'oreiller, s'arrête un instant, puis le corps tout d'une pièce se porte brusquement du côté opposé en tournant autour de son axe longitudinal, puis reprend avec la même brusquerie sa position primitive, et ainsi de suite. Elle fait ainsi une douzaine de demi-rotations avec une grande rapidité et une grande violence; quelquefois elle se heurte le visage avec une telle force sur son oreiller qu'elle a des épistaxis. Quand ce mouvement de roulis s'arrête, elle reste un instant d'aplomb sur le dos, puis le tronc se lève assez posément, se fléchit sur le bassin pour faire avec les membres supérieurs étendus un angle de 45° environ; elle se rejette brusquement en arrière, la tête sur l'oreiller; elle recommence cette espèce de mouvement de tangage deux ou trois fois. Revenue dans la poistion horizontale, elle se frappe trois ou quatre fois la poitrine avec ses deux poings, ensuite elle allonge les deux bras sur les côtés du corps et frappe sur le matelas aussi trois ou quatre coups.

Quelquefois le bras droit reste immobile dans la demi-flexion et le bras gauche bat seul le matelas.

Cette série de mouvements terminée, elle pousse quelques cris, fait entendre une sorte d'aboiement, et fait quelques fortes inspirations.

Le plus souvent elle recommence immédiatement son mouvement de roulis sans passer par la phase épileptoïde du début, et fait aussi des séries de mouvements analogues à ceux que nous venons de décrire et se succédant avec une régularité d'automate. Enfin les grands mouvements cessent, elle se met à se gratter violemment la tête avec ses deux mains, s'ébouriffe, se tourne de côté et d'autre, crie : « Ah! ah! ah! », regarde autour d'elle sans voir ce qui se passe et sans avoir recouvré ses sens; on peut quelquefois lui porter le doigt sur la cornée sans que son œil se dévie; puis, couchée sur le côté, en chien de fusil, elle appelle : « Maman! Léon! Léon! (son amant)... mon Dieu... Eh! Odile (sa sœur), Odile, Odile. Oh! Maman. — Cochons de Prussiens, saleté... », fait des gestes de répugnance et d'horreur. Tout d'un coup, elle s'asseoit, se gratte la tête à deux mains, regarde fixement, demande « à boire, à boire », tou-

jours sans avoir repris ses sens, comme le montre l'insensibilité de la cornée.

On lui présente un verre d'eau qu'elle boit avidement. Elle se met à genoux sur son lit, arrange ses oreillers, se couche sur le côté droit et s'endort bientôt.

Les attaques se sont présentées par séries de 4 à 14 depuis qu'elle est soumise à notre observation et toutes se ressemblent.

Dans les séries d'attaques, c'est-à-dire lorsqu'on est prévenu qu'une autre attaque va se produire, on peut constater qu'à l'instant qui précède le premier battement des paupières, la pupille est étroite, elle se dilate dès que les mouvements commencent et la dilatation reste à son maximum jusqu'à la fin de l'attaque ; elle revient ensuite lentement à l'état normal.

Cette observation présente plusieurs faits intéressants à noter. Les attaques dont V... a été atteinte de neuf à treize ans semblent bien avoir été des attaques d'épilepsie auxquelles la malade était d'ailleurs prédisposée par l'hérédité; au moment de l'établissement de la menstruation, ces attaques se sont transformées et ont pris les caractères des attaques d'hystéro-épilepsie. Jamais, depuis qu'elle est réglée, elle n'a eu d'attaque ressemblant à celles qu'elle avait étant enfant. Cette substitution est bien propre à montrer le rôle de l'évolution des organes génitaux dans le développement de la névrose qui nous occupe.

Nous ne ferons que signaler l'irrégularité de l'hémianesthésie, qui est interrompue par des plaques sensibles, dont deux s'étendent autour de points hystérogènes, et la troisième indépendante.

Mais nous appellerons plus particulièrement l'attention sur les caractères spéciaux de la deuxième phase de l'attaque, de la phase des grands mouvements. On remarque en effet que ces mouvements, au lieu de se faire comme d'ordinaire, dans le sens de l'axe

longitudinal du corps qui semble se mouvoir soit en avant soit en arrière autour d'un axe transversal passant par le milieu du bassin, se font principalement en sens inverse, c'est-à-dire que la malade roule autour de son axe longitudinal. Ces variétés de l'attaque sont intéressantes à noter, parce qu'elles peuvent donner l'explication de certaines épidémies de convulsions en apparence bizarres que l'on ne peut rattacher à leur véritable cause, si on n'admet qu'un type unique et immuable.

II. — ZONA HYSTÉRIQUE.

On a cru pouvoir rattacher à l'hystérie certaines éruptions vésiculaires mal limitées de la peau [1], qu'on pourrait, si cette relation était bien démontrée, rapprocher des troubles vaso-moteurs, des rougeurs qui constituent quelquefois de véritables prodromes de l'attaque [2]. Mais nous voulons seulement appeler l'attention sur une manifestation cutanée qui ne nous paraît pas avoir été encore signalée, nous voulons parler du *zona hystérique*. C'est la malade qui fait le sujet de l'observation précédente qui en a été atteinte.

Le 26 février 1881, V... se plaint d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine, sans toux, sans fièvre, sans fréquence du pouls. L'auscultation ne révèle aucun bruit morbide, la percussion donne un son normal au niveau de la région douloureuse. Il semble qu'il s'agisse d'une pleurodynie, ou

[1] Castex. — *France médicale*, 1877.

[2] Richer. — *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, 1881, p. 19. — Bourneville et Regnard : *Iconographie photographique*, t. I, 1876, p. 65, 119, 151 ; t. III, 1879, p. 19.

applique un vésicatoire volant large comme la paume de la main.

Le 27 la pleurodynie a disparu, et on voit se développer une zone de sensibilité de 2 centimètres de largeur environ autour du soulèvement épidermique. Cette zone se confond en bas avec la zone ordinairement sensible.

Le 1er mars la sensibilité persiste encore sur la surface du vésicatoire et dans la zone périphérique, mais la malade se plaint de douleurs brûlantes tellement vives qu'elles lui arrachent des larmes et siégeant dans la région lombo-abdominale droite, partant de la zone hystérogène dorso-lombaire et s'étendant obliquement suivant la direction des nerfs intercostaux vers la paroi abdominale antérieure. On n'y voit aucune rougeur, mais la moindre pression, le contact de la chemise exaspère les douleurs.

Le 2, mêmes douleurs qui empêchent tout sommeil. La région douloureuse présente deux plaques rouges, l'une allongée de douze centimètres environ de longueur sur trois de large, située au dessus de la crête iliaque et se dirigeant obliquement vers l'apophyse épineuse de la troisième lombaire; l'autre, moins longue, située au dessous de la dernière fausse côte et présentant la même direction. Cette plaque offre sur certains points une surface irrégulière comme chagrinée, mais il n'y a nulle part de vésicules.

Le 3, on voit se développer au centre des plaques rouges, sous forme de traînées longitudinales, des groupes de vésicules transparentes. L'éruption est devenue confluente les jours suivants et a suivi l'évolution ordinaire du zona; les vésicules se sont réunies par groupes pour former de petites bulles irrégulières qui ont laissé des ulcérations superficielles qui se sont cicatrisées dans l'espace de trois semaines environ Il reste des cicatrices blanchâtres, et aujourd'hui encore (25 juin) la douleur persiste dans la région occupée par l'éruption.

Il s'agit donc ici d'un zona développé sur le trajet des nerfs qui ont leur origine au niveau de la zone hystérogène dorso-lombaire. Il est en outre à remarquer que pendant le mois où le zona s'est développé, la malade n'a pas eu d'attaque. La zone hystérogène semble avoir déterminé la localisation du

zona, et ce dernier paraît avoir eu une action suspensive sur les manifestations convulsives de l'hystérie.

On pourrait peut-être se rendre compte de la production de la névralgie et du zona au niveau d'une région habituellement sensible ou douloureuse par une congestion rachidienne localisée (*ubi dolor*, *ibi fluxus*) qui amènerait par la distension des veines une compression des nerfs au niveau de leur sortie du canal vertébral. D'ailleurs on peut voir le zona se développer dans d'autres circonstances où la congestion spinale peut être incriminée à bon droit ; après avoir passé une après-midi entière à visiter un musée de peinture toujours debout et dans une position particulièrement fatigante un malade, qu'il nous a été donné d'observer de près, fut pris d'une douleur vive au niveau des apophyses épineuses des première et seconde vertèbres lombaires : dans la nuit suivante le développement des douleurs intenses avec sensation de cuisson sur divers points du trajet de la branche ilio-scrotale gauche, et le surlendemain ces points douloureux étaient le siège de groupes de vésicules d'herpès ; le tout a évolué comme un zona des mieux caractérisés et les douleurs persistent encore au bout de deux ans sur le trajet des nerfs.

III. — ANESTHÉSIE ET RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Les auteurs de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* rapportent deux observations dans lesquelles ils ont vu l'anesthésie et les attaques disparaître à la dernière période de la phthisie pulmonaire [1] ; mais,

[1] Bourneville et Regnard. — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, 1876-1880, t. I, II et III.

il est impossible d'après ces deux faits de décider si c'est l'épuisement général du sujet qui amène la disparition des troubles nerveux, si la fièvre suffit pour amener ce résultat, ou si l'amendement des symptômes propres à l'hystérie est sous l'influence de toute autre cause. Une hystérique anesthésique a eu l'année dernière une pleurésie qui a duré cinq semaines, et pendant laquelle elle est restée sensible depuis les premiers jours jusqu'à la fin ; ce fait semble indiquer qu'un épuisement considérable n'est pas nécessaire pour produire une sédation des troubles hystériques.

La coïncidence de l'hystérie et du rhumatisme articulaire aigu n'est point rare ; Briquet l'avait déjà notée et il pensait que le rhumatisme agissait comme cause prédisposante à cause du traitement antiphlogistique qu'il nécessitait [1]. Nous avons observé une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui nous paraît intéressante au point de vue de l'étude de l'influence de la fièvre sur l'anesthésie hystérique.

C... (Virginie), dix-huit ans, est entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot) le 27 novembre 1880.

Antécédents héréditaires. — Son père est devenu épileptique pendant qu'il était au service militaire, il a des grandes et fréquentes attaques. La mère, morte poitrinaire à vingt-neuf ans, ne paraît pas avoir été nerveuse, mais elle semble avoir eu plusieurs attaques de rhumatisme. Il est né onze enfants de ce mariage, six sont morts ; il reste cinq filles, notre malade est la seconde ; pas de renseignements sur les autres, sauf sur l'aînée qui se porte bien. Oncle maternel rhumatisant.

Antécédents personnels. — A trois ans, elle aurait eu des convulsions. Etant enfant, elle a eu des douleurs de croissance.

[1] Briquet. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1856, p. 155.

Réglée à onze ans. A douze ans, elle a eu une première attaque de rhumatisme généralisé qui l'a tenue deux mois au lit.

Presque immédiatement après ses premières règles, à onze ans, elle a eu une première attaque qu'elle ne peut pas bien définir : elle aurait eu une perte de connaissance qui aurait duré une demi-heure, elle ne sait pas si elle a eu des convulsions, elle ne paraît pas s'être mordu la langue, ni avoir uriné dans ses vêtements. A partir de ce moment, elle a eu des attaques analogues tous les quinze jours ou tous les huit jours.

C'est seulement à partir de quatorze ans qu'elle se souvient d'attaques analogues à celle qu'elle a aujourd'hui, précédées de sensation de boule qui remonte du ventre au cou, battements dans la tempe gauche, chute, convulsions, etc. ; et dès cette époque on aurait constaté l'anesthésie.

Il y a un an, elle fut contrariée à propos d'un mariage qu'elle voulait faire et auquel son père s'est opposé. Elle quitta la maison et vint à Paris où elle vécut avec son amant. Quelques jours après son arrivée, elle fut prise des grandes attaques dont nous sommes témoins depuis son entrée à la Salpêtrière.

État actuel (15 janvier 1881). C... est une blonde assez bien constituée, elle est maigre et un peu pâle. Elle est sujette à des battements de cœur et on constate un souffle doux à la pointe et au premier bruit.

C... est anesthésique totale, elle ne sent ni le contact, ni la piqûre, ni le froid, ni le chaud, mais elle a conservé le sens musculaire, elle se tient très bien debout les yeux fermés. Elle entend un peu moins bien la montre du côté gauche.

Vue. — L'acuité visuelle = 0 à gauche, elle est de sept dixièmes de la normale à droite. Le champ visuel est très rétréci des deux côtés, mais surtout à gauche où il n'a guère que dix degrés en moyenne (périmètre de Landolt), tandis qu'à droite il a à peu près trente degrés sur toute la circonférence ; il s'agit d'un rétrécissement à peu près régulièrement concentrique, un peu plus prononcé du côté nasal. La vision des couleurs est complètement abolie à gauche, où C... ne voit que gris et blanc sale. A droite, elle voit toutes les couleurs et toutes les nuances, sauf le violet qui est vu gris et le jaune clair qui est vu blanc sale.

L'état de la sensibilité oculaire est en rapport avec celui de la vision. A gauche comme à droite on peut toucher la conjonctive sans provoquer aucun réflexe, ni mouvement des pau-

pières ou de l'œil, ni sécrétion de larmes; mais tandis qu'à droite, il est impossible de toucher la cornée, sans que l'œil se retire immédiatement et sans que les paupières se ferment, à gauche, on peut conduire au contact de la conjonctive, puis de la cornée, une bande de papier qui ne produit de réflexe, et ne détermine l'occlusion des paupières et la rétraction de l'œil que lorsqu'elle arrive dans le champ pupillaire. Si, au lieu de se servir d'un objet mince, on prend pour cette exploration un objet d'une certaine épaisseur, on peut ne pas obtenir le même résultat à cause de l'ombre portée, c'est la rétine qui sent et non la cornée.

Lorsqu'on provoque le transfert soit par l'aimant, soit par une pile sèche, la cécité des couleurs passe à droite avec l'insensibilité cornéenne.

La région ovarienne gauche est spontanément douloureuse et sensible à la pression.

Points hystérogènes. — 1° sur la 12e côte gauche, sur la partie latérale du tronc; 2° sur la 7e gauche sous le sein; 3° au-dessus du sein droit sur la 4e côte; 4° sur les apophyses épineuses des 6e et 7e vertèbres dorsales.

C..., assez peu intelligente, a le caractère difficile; elle ne s'entend avec aucune de ses camarades, ou si cela lui arrive quelquefois c'est pour tramer quelque complot dont elle se tire à temps pour n'être pas trop compromise. Elle est très difficile à mener et cherche continuellement à tromper.

Ses attaques ont toujours lieu pendant le jour, elles varient considérablement de fréquence suivant les mois. Elle en a eu 16 pendant le mois de novembre, 79 pendant le mois de décembre, 17 pendant le mois de janvier.

Attaques. — L'attaque est annoncée par une recrudescence de la douleur ovarienne, par une sensation de boule qui part de l'épigastre vers la gorge et redescend une ou deux fois; avec battements dans les tempes principalement à gauche, et sifflements prédominant aussi dans l'oreille gauche.

Elle tourne la tête à gauche en raidissant le cou qui se gonfle. A ce moment, on voit que la pupille s'est rétrécie. Les paupières se mettent à battre sans arriver à l'occlusion complète. Les pupilles se dilatent largement, les deux bras s'étendent le long du corps et se raidissent, les poings sont fermés les pouces en dehors, la main légèrement fléchie et dans la rotation en dedans. Les deux bras battent le matelas, la tête revient dans

la rectitude et la malade fait entendre des cris saccadés. Le bassin fait quelques mouvements rhythmiques de propulsion pendant que la paroi abdominale est projetée par secousses; puis le bassin se soulève, la tête se renverse fortement en arrière, et la malade ne porte plus sur son lit que par le vertex et les talons, le corps forme un axe à convexité ventrale dont la flèche a 30 ou 40 centimètres. Elle reste ainsi quelques secondes, puis retombe à plat sur le dos. Elle s'asseoit, regarde fixement pendant quelques minutes, puis tout rentre dans l'ordre, ou l'attaque recommence pour former une série plus ou moins longue. Pendant cette phase de *regard fixe*, qui constitue chez C... la phase du délire ou des attitudes passionnelles, on remarque que la pupille, sous la même lumière, se rétrécit et se dilate alternativement à des degrés variables et pour un temps plus ou moins long, comme si elle se contractait pour s'accommoder pour la vision d'objets situés à des distances variables dans une hallucination. Quand le regard est absolument fixe, on peut appuyer le doigt sur la pupille sans qu'elle se dévie d'un côté ou de l'autre, comme du reste pendant toute la durée de l'attaque.

Les attaques ne sont jamais isolées, elles se reproduisent toujours par séries de nombre variable; mais les attaques qui les constituent sont toujours identiques. Les séries ne laissent après elles aucune hébétude, la malade peut reprendre ses occupations, elle est seulement courbaturée.

Le 24 janvier, C... se plaint de douleurs dans le côté gauche de la poitrine, elle ne tousse pas et on n'entend aucun bruit morbide dans tout le côté, cependant elle est oppressée.

25. Même état. — Trente ventouses sèches.

26. Douleurs dans l'épaule gauche, dont les mouvements sont devenus douloureux sans que l'insensibilité de la peau ait disparu.

27. Les douleurs s'étendent au coude gauche et à l'épaule droite sans gonflement. La langue est sale, l'appétit nul, mais pas d'élévation de température. — Purgatif.

30. Les douleurs sont restées à peu près stationnaires, peu intenses, toujours sans gonflement ni rougeur; dyspnée, bruits du cœur tumultueux; le souffle de la pointe paraît avoir augmenté. — Ventouses sèches.

31. C... a été soumise la veille à l'électrisation statique qui a cessé à deux heures et demie, elle avait recouvré sa sensibilité

totale. — Ce matin elle est encore sensible sur la moitié droite du corps. Les douleurs ont un peu diminué; C... se lève.

2 *février*. Les douleurs se sont considérablement accrues et généralisées à toutes les articulations des membres. Autour des cous-de-pied il existe un gonflement œdémateux très manifeste; Les genoux sont aussi gonflés et il en est de même des poignets et des coudes. Aux poignets et aux articulations de la main et des doigts, il existe non seulement du gonflement, mais de la rougeur. Le moindre mouvement exaspère les douleurs, mais la peau est restée insensible, on peut la transpercer complètement au niveau des articulations les plus atteintes sans provoquer la moindre douleur. C... peut être hypnotisée et cataleptisée comme d'ordinaire.

Les battements du cœur sont très tumultueux et irréguliers. T. rectale 39°, 9 le matin, 40°, 1 le soir. — Salicylate de soude, 6 grammes.

3. Même intensité des douleurs articulaires, même insensibilité cutanée. Oppression très intense, irrégularité des bruits du cœur. T. 40° le matin, 40°, 5 le soir. — Vésicatoire sur la région précardiale. — Salicylate de soude, 6 grammes. Lait.

4. Même état. T. 40°, 1 le matin, 40°, 4 le soir. — Même traitement, purgatif.

5. T. 40° le matin, 40°, 3 le soir. — Par l'application de l'aimant, on a obtenu le transfert des troubles visuels.

6. T. 40°, 1 le matin, 39°, 8 le soir.

7. T. 39°, 3 le matin, 39°, 2 le soir.

8. T. 39°, 2 le matin, 39°, 3 le soir.

9. T. 39°, le matin, 39°, 2 le soir. Epistaxis, douleur ovarienne gauche, menace d'attaque, application de la ceinture; les douleurs sont un peu moins vives.

10. La malade sent que l'attaque est imminente (boule, bourdonnements d'oreilles, battements dans les tempes) malgré l'état du cœur, on administre de l'éther avec précaution jusqu'à résolution complète pour éviter les attaques; la malade revient bien sans accident. Les douleurs ont notablement diminué, les pieds et les genoux sont même presque libres; mais la rougeur et le gonflement persistent encore aux articulations des doigts. L'insensibilité de la peau est toujours la même. La malade, quoique très affaiblie, a un peu d'appétit. T. 38°, 4 le matin, 39° le soir.

11. Le mieux persiste ; les douleurs se sont encore atténuées, la rougeur a à peu près complètement disparu aux mains où il existe encore du gonflement. On peut s'assurer que non seulement la sensibilité de la peau, mais encore la sensibilité spéciale n'ont pas été modifiées par le rhumatisme articulaire aigu ; la vue, l'ouïe et l'odorat n'ont subi aucune modification. T. 38° le matin, 38°, 2 le soir.

A partir de ce moment la température ne monta plus au dessus de 38°, et la période aiguë de l'attaque de rhumatisme put être considérée comme terminée ; mais il resta des douleurs subaiguës qui persistèrent pendant tout le mois de mars, alternativement dans toutes les articulations, et le 8 avril, les épaules étaient encore un peu sensibles dans les mouvements.

Nous n'avons pas insisté sur tous les détails de cette attaque de rhumatisme articulaire qui n'a rien présenté de particulier dans sa marche, nous avons voulu surtout montrer qu'il s'agissait bien d'un cas aigu avec douleurs vives, et une élévation considérable de la température ; les douleurs articulaires ont persisté pendant plusieurs semaines sans modifier l'anesthésie générale et spéciale ; nous verrons plus tard que les douleurs de l'accouchement ne la modifient pas davantage. D'autre part, nous voyons pendant la période fébrile des menaces d'attaque, qui ont eu un commencement d'exécution, — et lorsque les douleurs persistaient encore, le 24 mars, C... a eu trois attaques. L'élément spasmodique n'est donc pas non plus modifié sensiblement par la fièvre. Ce fait semblerait donc indiquer que si la marche de l'hystéro-épilepsie est modifiée par certaines affections fébriles intercurrentes, ce n'est pas l'élément fébrile qui est la cause de cette modification ; ce n'est pas non plus l'élément douleur, cette cause reste à chercher. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS

LÉSION ANCIENNE DU LOBULE DE L'INSULA;

Par BOURNEVILLE et BONNAIRE.

Les lésions limitées exclusivement au lobule de l'insula sont très rares ; le plus souvent la lésion intéresse, à des degrés divers, les circonvolutions voisines. Aussi ne connaît-on pas encore les symptômes cliniques qui répondent aux lésions du lobule de l'insula. Dans le cas qu'on va lire — et que nous publions à titre de document — la lésion avait détruit entièrement toutes les digitations du lobule de l'insula.

OBSERVATION. — *Attaque apoplectique. — Hémiplégie gauche; — Contracture; — Phénomènes réflexes. — Alcoolisme. — Epilepsie; — Marche des accès; — Démence; — Mal perforant; — Mort.*

Autopsie : Destruction du lobule de l'insula du côté droit; — Atrophie de la couche optique et du corps strié correspondants; — Dégénération secondaire; — Lésions tuberculeuses des poumons.

Carr... (François), âgé de cinquante-quatre ans, charpentier, est entré le 4 juin 1868, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa belle-sœur[1]. — *Père*, cultivateur, mort on ne sait de quoi. *Mère*, morte quand notre malade était en bas âge. Deux *sœurs* en bonne santé, mariées, sans enfants. Pas d'épileptiques, pas d'aliénés, etc., dans la famille.

Notre malade s'est marié à 34 ans; il ne faisait pas d'excès de boisson, mais fumait beaucoup. Dix-huit mois après son mariage, il a été brusquement frappé d'*hémiplégie gauche :* étant

[1] C'est ce qui explique l'insuffisance des renseignements qu'on va lire.

à la garde-robe, il est tombé sur le sol et est resté dans cet état, ayant gardé, dit-on, toute sa connaissance (?), jusqu'à ce que sa femme, étonnée de son absence, vînt à son aide. Il serait resté quinze jours au repos forcé, après quoi, il recommença à marcher en traînant la jambe et en se soutenant sur une canne.

Les *accès d'épilepsie* se sont déclarés environ six ans après l'attaque paralytique. Durant cet intervalle, notre malade gagnait sa vie à ouvrir les portières des voitures sur la voie publique, et s'adonnait en même temps à la boisson. Par suite de la multiplicité des accès, il dut renoncer à son travail et entrer à Bicêtre. A l'hospice, il persévéra dans ses habitudes d'*alcoolisme*, et l'on dut le faire passer de l'hospice des vieillards, dans la section des épileptiques.

Il y a quatre ans, il avait encore de la mémoire, reconnaissait tout son monde, avait une conversation suivie. Aujourd'hui, sa mémoire a totalement disparu, et il reste indifférent aux choses du dehors. En même temps que les facultés mentales, le physique s'est notablement affaissé depuis cette même époque, et il s'est produit, paraît-il, un amaigrissement considérable. A part l'état parétique dépendant de l'ictus primitif, le malade n'a présenté d'autres symptômes de lésion encéphalique durant ce laps de temps, que des atteintes intermittentes de *céphalalgie*. On ne trouve d'ailleurs aucun antécédent morbide chez lui. Il a deux filles de son mariage, âgées l'une de 22 ans et l'autre de 17, toutes deux de bonne santé.

1880. *Septembre.* — *Érysipèle phlegmoneux* de la paroi thoracique, consécutif à un *anthrax*. Incision et pansement de Lister.

1881. 10 *juin.* — Le malade présente un état d'agitation considérable, cherche à sortir du lit, prononce des paroles incohérentes. Il a eu deux accès hier (chloral, 4 gr.).

11 *juin.* — Un accès hier. Ce matin l'*excitation maniaque* est remplacée par un état de *torpeur* très prononcé ; la respiration est rapide et embarrassée, avec un léger degré de stertor. On ne trouve de symptômes localisés ni dans la poitrine, ni dans l'abdomen. Pas de troubles de la sensibilité (ventouses sèches sur le thorax ; ventouses scarifiées à la nuque ; lotions vinaigrées ; sinapismes aux membres inférieurs ; potion cordiale). T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,4.

12 *juin.* — La stupeur a diminué. Lorsque l'on explore, par la piqûre, la sensibilité d'un des membres paralysés, on voit le membre correspondant du côté sain s'agiter de violents mouvements réflexes. T. R. 38°,6. Lavement purgatif; potion de Todd; café).

21 *juin.* — Un accès; Car... n'en avait pas eu depuis le 10; amélioration.

Examen physique (*22 juillet*). — *Tête* : crâne symétrique; calvitie complète; la suture sagittale se dessine sous la peau, en forme de crête. L'occipital est déprimé au niveau de son articulation avec les pariétaux, le cuir chevelu présente une cicatrice en Y répondant exactement aux traits de suture. Le visage est asymétrique par suite de la paralysie faciale qui occupe le côté gauche. On note l'effacement du sillon naso-jugal, la déviation du nez, l'abaissement de la commissure buccale, en même temps que l'affaissement de la joue et du menton. La langue se dévie du côté paralysé.

Thorax et *abdomen* normalement conformés.

Membres supérieurs.—Le bras gauche est raide avec contracture; l'avant-bras et le poignet sont en pronation forcée avec demi-flexion : les doigts sont repliés sans raideur dans le creux de la main, tandis que le pouce se trouve en légère adduction. Du côté droit, l'attitude est normale.

La mensuration comparative des deux membres donne les résultats suivants :

	A DROITE.	A GAUCHE.
A 25 cent. au-dessous du coude.	25 cent.	20 cent.
Au niveau du coude (demi-flexion)	24 —	23 —
A 20 cent. au-dessous du coude.	21,5	18,5
A 5 cent. au-dessus du poignet.	17	15,3

Membres inférieurs. — A droite, le membre est dans l'extension et repose sur son bord externe. A gauche, il est également en extension, mais tend à croiser celui du côté opposé en se plaçant au-dessus. L'émaciation est appréciable à l'œil nu ; la saillie rotulienne se détache nettement, et au-dessus du genou se dessine un méplat, dû à l'amaigrissement de la cuisse. Sur la jambe existent plusieurs cicatrices, d'origine traumatique. Le pied présente sur sa face dorsale, au niveau des métatarsiens, un empâtement œdémateux et sur la peau on voit un lacis veineux très développé. La face plantaire, au niveau de la tête du premier métatarsien est le siège d'un *mal perforant.* L'ulcère af-

fecte les dimensions d'une pièce de 1 franc ; le stylet s'y enfonce à une profondeur de 6 millimètres sans déterminer de douleur; tout autour existe la couche de squames épidermiques habituelle, au-dessus de laquelle la sensibilité reste normale. Voici les mensurations comparatives des deux membres :

	A DROITE.	A GAUCHE.
A mi-cuisse	38 cent.	37 cent.
A 10 cent. au-dessus de la rotule	33	32
Au genou (extension)	32	31
A la jarretière	26,5	25
A mi-jambe	26	24
Au-dessous des malléoles	22	22
Au cou-de-pied	33	31
Articulation médio-tarsienne	24	25
A l'avant-pied [1]	24	24,5.

Les *réflexes tendineux* sont normaux du côté *droit* tant au coude et au poignet qu'au niveau du tendon rotulien. A *gauche*, la percussion des tendons extenseurs au coude et au poignet ne détermine rien d'anormal, mais au genou l'*exagération des oscillations de la jambe* est très manifeste. Un choc très léger sur le tendon rotulien produit une forte secousse initiale, suivie d'une série d'oscillations décroissantes. L'extension brusque et forcée du premier orteil s'accompagne de la *trépidation du membre*. Après trois ou quatre essais de cette sorte, la trépidation, d'abord passagère, devient permanente, assez violente, et n'est plus influencée par l'extension de l'orteil. Elle dure environ 10 minutes et disparaît peu à peu.

La *sensibilité générale* est intacte des deux côtés; toutefois, il y a exagération des réflexes du côté gauche. Fonctions digestives normales; les battements du cœur, réguliers, sont sourds à l'auscultation; le second bruit est très effacé; pas de souffle. La poitrine est mate en arrière; dans ses deux tiers supérieurs, le murmure vésiculaire se perçoit difficilement.

L'affaissement intellectuel est considérable; le malade parle avec netteté, mais répond sans raison aux questions qu'on lui adresse. Depuis son entrée dans le service, il n'a pas travaillé; il passe son temps à fumer et à se promener dans la cour; il marche à l'aide d'une canne que ses compagnons lui enlèvent quelquefois, parce qu'il s'en sert pour les frapper; il raconte

[1] Les mesures plus élevées pour le pied gauche s'expliquent par l'existence d'un peu de gonflement.

souvent qu'il a été occupé chez le général Morin, où il astiquait les harnais, et demande sans cesse la même occupation ici. A une époque de son séjour, il s'était ingénié à boire son urine pour guérir ses accès d'épilepsie et à se faire tirer violemment le bras paralysé par d'autres malades, afin de guérir sa paralysie.

23 *juillet.* — Le malade, qui depuis quelque temps était revenu à son état normal, retombe aujourd'hui dans la *stupeur* et l'adynamie; l'oppression est intense (50 respirations par minute). Les pommettes sont rouges. Le pouls est petit, rapide, assez régulier, à 130.

A l'auscultation, on perçoit des râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine; le murmure vésiculaire s'entend difficilement. Il existe de la matité dans toute l'étendue du thorax. Les vibrations vocales sont exagérées.

La sensibilité est normale des deux côtés; les réflexes sont plus prononcés du côté gauche. (Vomitif; vésicatoire; potion avec rhum et extrait de quinquina.) — *Soir :* T. R. 39°,2.

24 *juillet.* — L'état adynamique s'accentue. Les lèvres et la langue se recouvrent de fuliginosités; la dyspnée augmente. On entend dans le poumon gauche à la partie supérieure un souffle bronchique profond, masqué en partie par de nombreux râles sous-répitants. A droite, mêmes râles. Le malade comprend les questions qu'on lui adresse et y répond à peu près exactement. T. R. 39°,2.

25 *juillet.* — Mort à trois heures de l'après-midi.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Absence de rigidité cadavérique.

Thorax. — Il existe quelques adhérences pleurales récentes en arrière et à gauche. Tout le poumon droit est friable, dense, crépite légèrement et surnage. A la coupe, il s'écoule une sérosité abondante et non purulente. Le parenchyme est farci d'une multitude de noyaux caséeux dont le volume varie de celui d'un mil à celui d'une lentille. Le poumon gauche présente dans son lobe inférieur, au niveau de la gouttière costo-vertébrale, un foyer de la largeur de la main; le parenchyme est déprimé, d'une teinte feuille-morte à la surface; il existe en outre trois ouvertures vraisemblablement artificielles et produites par la pression du doigt qui a dû rompre les adhérences pleurales. Elles donnent accès dans une vaste caverne à parois déchiquetées. Le reste du lobe est induré; son tissu est comme

carnifié, ne crépite pas, et plonge quand on le jette dans l'eau. Les vaisseaux sanguins, voisins de la caverne, sont obstrués par des caillots récents. Le contenu du foyer est constitué par un putrilage gris ardoisé, avec un liquide sanieux, noirâtre et fétide qui s'écoule par les bronches. Le lobe inférieur renferme de plus, en outre de quelques noyaux de *gangrène* analogues au précédent, mais plus petits, un semis de nodules de broncho-pneumonie caséeuse, identiques à ceux du poumon droit. Le lobe supérieur est intact. Les ganglions péribronchiques sont volumineux, indurés et anthracosés. — *Cœur :* 430 gr. Surcharge graisseuse, principalement sur la face antérieure. Pas de lésions valvulaires. Le ventricule gauche renferme un caillot fibrineux avec des traces de stratification. L'oreillette contient un caillot noir, volumineux et récent.

Abdomen. — *Foie*, 300 gr. normal. *Rate*, 130 gr., diffluente. — *Reins :* 550 gr. chacun ; l'altération sénile est très marquée, surface granuleuse ; cicatrices rayonnées dues à d'anciens kystes superficiels ; surcharge graisseuse des calices et bassinets. — *Estomac :* la muqueuse est saine. L'organe renferme des produits noirâtres, semblables au putrilage pulmonaire. — L'*intestin* et la *vessie* sont intacts.

Tête.—Le *cuir chevelu* est très épais et très adhérent ; la calotte crânienne est dure et épaisse ; la dure-mère est fortement fixée aux sutures de la voûte d'une part, et à la pie-mère de l'autre. Le *liquide céphalo-rachidien* est assez abondant.

Encéphale, 1,160 gr. La surface est un peu lavée ; les *artères*, les *nerfs* de la base sont sains. Le *tubercule mamillaire droit* est d'un tiers plus petit que le gauche, et de coloration normale. Le *pédoncule cérébral droit* est notablement atrophié, aplati et moins large que le gauche ; il en est de même de la moitié droite de la *protubérance*. La *pyramide antérieure droite* est représentée par un cordon aplati de teinte grisâtre et sur le même niveau que l'olive correspondante. En somme, *la moitié droite de l'isthme de l'encéphale est moitié moins volumineuse que celle du côté opposé*. Sur une coupe, la surface de section du pédoncule cérébral droit est de deux tiers moindre à droite qu'à gauche. Les *tubercules quadrijumeaux* sont normaux. L'*hémisphère cérébral droit pèse* 140 grammes *de moins que le gauche,* et sa longueur est moindre d'un centimètre. Le cerveau pèse 970 grammes. — Le *cervelet* est sain ; ses deux hémisphères sont égaux.

Hémisphère cérébral gauche. — La décortication est facile; les circonvolutions se dessinent nettement; il n'y a rien d'anormal, tant à la surface que dans les *noyaax gris* centraux (*Fig* 9).

Hémisphère droit. — A travers les méninges on aperçoit une dépression considérable au niveau du *lobule de l'insula* et du lobe sphénoïdal. Partout la pie-mère se détache aisément, sauf sur les points dont nous venons de parler, où elle est épaissie et d'une couleur brune, rougeâtre, un peu ochreuse. La dé-

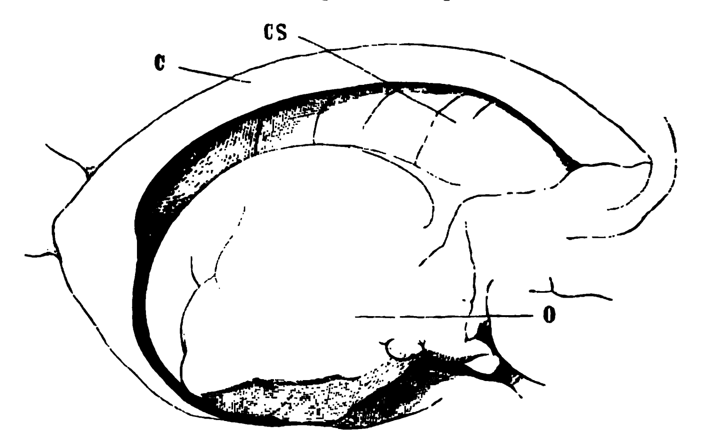


Fig. 9. — C, corps calleux. — C. S., corps strié. O., couche optique.

pression superficielle est comblée par un réservoir du liquide céphalo-rachidien. La pie-mère enlevée, l'hémisphère se montre aplati. On trouve un foyer atrophique qui a détruit : 1° toute la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale (le reste de cette circonvolution n'est qu'amaigri); 2° la partie inférieure de la frontale et de la pariétale ascendantes, le pli qui unit l'extrémité inférieure de ces deux circonvolutions; 3° la plus grande partie du lobule du pli courbe (Pl. VI, P_2). Le *lobule de l'insula*, dans sa totalité, est détruit, il ne reste plus aucune trace des digitations; la première temporo-sphénoïdale et la partie postérieure de la seconde circonvolution offrent la même altération.

Le parenchyme est remplacé par une sorte de membrane d'aspect gélatineux, de consistance mollasse et de coloration rougeâtre, sur le lobule de l'insula, de telle sorte que, entre

l'extérieur et la paroi ventriculaire, il n'existe plus qu'une mince couche de substance blanche. Les circonvolutions du voisinage sont atrophiées, sans changement de couleur. (PL. VI.)

Le *corps strié*, considérablement réduit dans son volume, n'existe plus que sous forme de deux petits noyaux du volume d'un gros haricot. La *couche optique* est diminuée d'au moins les deux tiers de son volume et déformée. La paroi du ventricule latéral est amincie ; et sur le plancher de cette cavité, on

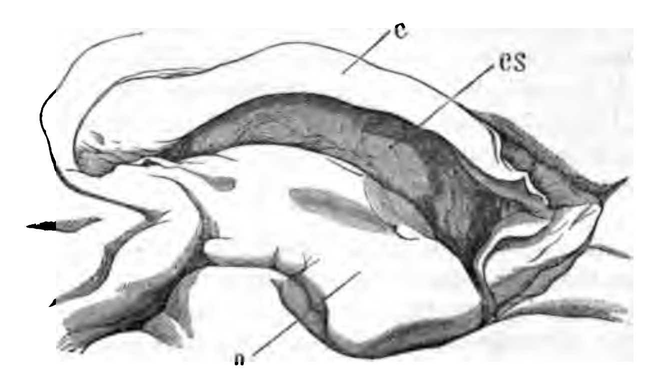


Fig. 10. — C., corps calleux. — C. S., corps strié.
O., couche optique.

voit se lever un faisceau de vaisseaux sanguins. (*Fig.* 10). Sur la coupe des masses centrales grises, on ne découvre pas de foyer. — La capacité du ventricule est sensiblement accrue.

Considéré dans son ensemble, l'hémisphère cérébral droit est moins long, moins épais et moins haut que l'hémisphère gauche. Déjà la différence de poids (140 gr.) que nous avons indiquée le faisait pressentir, mais les chiffres suivants en donnent une idée exacte :

	DROIT.	GAUCHE.
Longueur des hémisphères	14 c. 5	15 c. 3
Hauteur	9 c. 5	10 c. 5
Épaisseur	3 c.	5 c.

En résumé, la lésion a porté sur la totalité du lobule de l'insula et sur toute la partie des circonvolutions que l'on a désigné longtemps sous le nom de *circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius*.

Réflexions. — Cette observation nous offre un exemple remarquable de l'enchaînement régulier des altérations qui se développent dans l'axe cérébro-spinal consécutivement à une lésion cérébrale en foyer, ayant causé une *hémiplégie* et secondairement une *sclérose fasciculée* descendante de la moelle.

I. Il est probable, dans notre cas, que c'est sous l'influence des efforts de défécation du malade qu'un caillot est venu produire l'obstruction vasculaire près de l'origine de l'artère sylvienne. Cette localisation est rendue manifeste par ce fait que le territoire de l'artère de la troisième circonvolution frontale, laquelle, comme on sait, se détache prématurément du tronc de la cérébrale moyenne, se trouve englobé dans la zone ischémiée.

II. Nous n'avons que peu de détails sur les *accès d'épilepsie* : on les disait très violents. Ils s'annonçaient généralement par une période d'excitation, accompagnée d'une céphalalgie intense et survenaient principalement pendant le jour. A la fin de la crise, il n'y avait ni écume buccale, ni évacuations involontaires; maintes fois ils ont été compliqués d'excitation maniaque, en général passagère, et à laquelle succédait parfois, ainsi que nous l'avons observé nous-mêmes en juin dernier, un état de torpeur qui persistait deux ou trois jours. Il serait difficile, en présence de cette pénurie de données cliniques, d'affirmer s'il s'agit dans ce cas d'épilepsie vulgaire ou d'épilepsie jacksonienne. En faveur de cette dernière hypothèse, on pourrait invoquer l'intensité des phénomènes cephaliques, qui précédaient et suivaient la crise. Mais, d'autre part, les accès survenus six ans après l'apoplexie sont allés sans cesse en augmentant, ainsi que cela a lieu le plus souvent dans l'épilepsie vulgaire. Voici d'ailleurs, leur marche de **1871** à **1881** :

1868-1870,	pas de renseignements.	1876	46 accès.
1871.....	35 accès.	1877.....	85 —
1872.....	43 —	1878.....	112 —
1873.....	17 —	1879.....	111 —
1874.....	48 —	1880.....	454 —
1875.....	51 —	1881 (7 mois).	39 accès.

III. L'*intelligence* diminuait en même temps que les sentiments affectifs; sa femme était morte et, néanmoins, il la réclamait non pas par affection, mais pour avoir quelques douceurs. Cette déchéance intellectuelle vient appuyer l'idée d'une épilepsie vulgaire, car, dans l'épilepsie hémiplégique, l'intelligence, en général, ne subit pas d'atteinte; elle reste la même. La *santé physique* se maintenait en apparence : le malade allait et venait, ne toussait pas et ne paraissait pas avoir d'oppression ; sa voix restait forte ; rien en un mot ne faisait pressentir l'existence des lésions pulmonaires, à marche chronique, que nous avons rencontrées à l'autopsie. — Le développement de lésions organiques graves, sans réaction appréciable, n'est pas chose rare chez les malades, comme le nôtre, atteints de démence ou de débilité mentale.

IV. Nous croyons inutile de revenir sur les caractères et le siége de la lésion. Toutefois, nous devons signaler l'*absence d'aphasie*, avec une lésion de la *partie postérieure de la troisième circonvolution frontale* DROITE, ce qui vient à l'appui de la théorie qui localise la *faculté du langage* dans la région correspondante de l'hémisphère GAUCHE. Nous devons signaler aussi cette *atrophie*, ou si l'on préfère, cet amaigrissement général des circonvolutions de toute la face convexe de l'hémisphère droit, conséquence d'une lésion survenue à *trente-six ans*. Quel est le rôle de la lésion du lobule de l'insula dans cette atrophie ?

V. La *dégénération secondaire* partie du foyer périphérique, qui avait détruit le lobule de l'insula, les parties avoisinantes des circonvolutions (et en particulier de la frontale et de la pariétale ascendantes), et produit une atrophie considérable de la couche optique et du corps strié (*Fig.* 9 et 10), s'est propagée à la moelle en atrophiant sur son passage une partie de la couronne rayonnante de Reil et des noyaux gris centraux. D'autre part, il est facile de suivre à l'œil nu les traces de la *sclérose descendante* à travers l'étage inférieur de la *protubérance*, du *pédoncule cérébral* et la *pyramide antérieure* du bulbe, etc. Pour ce qui est de l'existence de la sclérose fasci-

culée dans les cordons latéraux, elle était rendue évidente, pendant la vie, par les phénomènes d'*épilepsie spinale*, l'exagération des *réflexes tendineux* et la *contracture*.

VI. Nous signalerons enfin, comme dernière particularité, la coïncidence du *mal perforant plantaire* avec l'*hémiplégie* sur le côté gauche. L'apparition de cette ulcération sur un membre condamné à une inaction fonctionnelle relative, et par conséquent en dehors des causes externes généralement considérées comme déterminantes du mal perforant, nous permet de ne considérer cette lésion, dans le cas actuel, que comme un simple trouble trophique d'origine centrale. On pourrait donc invoquer ce fait comme preuve à l'appui de la théorie qui considère le mal perforant comme une affection de nature essentiellement nerveuse[1].

EXPLICATION DE LA PLANCHE VI

L, I, foyer ancien ayant détruit le lobule de l'insula.

F[3], partie atrophiée de la troisième circonvolution frontale.

F a, circonvolution frontale ascendante dont la partie inférieure est atrophiée.

P a, circonvolution pariétale ascendante dont l'extrémité inférieure est atrophiée.

T[1], lésion de la première circonvolution temporo-sphénoïdale.

T[2], deuxième circonvolution temporale dont l'extrémité postérieure est lésée.

P[2], lobule du pli courbe.

L. O, lobe orbitaire (face inférieure du lobe frontal).

M, membrane résultant : 1° des replis de la pie-mère qui enveloppaient entre autres la première circonvolution temporale et le lobule pariétal inférieur; — 2° des débris de ces mêmes circonvolutions.

[1] Voir sur ce sujet : Duret, *Archives de Physiologie*, 1874; — Charcot et Pitres, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877; — Grasset, *Des localisations dans les maladies cérébrales*; — H. de Boyer, *Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux*; — Ferrier, *De la localisation dans les maladies du cerveau*; travaux où sont consignées la plupart des observations connues relatives aux lésions du lobule de l'insula.

REVUE CRITIQUE

CARACTÈRE, MŒURS, ÉTAT MENTAL DES HYSTÉRIQUES[1]

Par le Dr Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Tenon.

Tous les auteurs qui ont décrit l'hystérie, s'étendent avec un soin jaloux sur la description complète des accidents convulsifs, des troubles sensitifs et moteurs, des phénomènes viscéraux, que la grande névrose peut produire; mais aucun d'eux n'insiste d'une façon particulière sur l'état des facultés mentales ou affectives ; aucun d'eux ne nous montre l'hystérique au point de vue moral et intellectuel avec les tendances et les traits si saillants de son caractère. Et cependant, il n'y a pas de question qui puisse davantage intéresser le clinicien et le médecin légiste, il n'y en a pas qui puisse également devenir un sujet d'étude plus important pour le psychologue et le moraliste, en raison du rôle que les hystériques peuvent jouer dans les sphères petites ou grandes de la société où elles sont trop souvent méconnues. On a donc eu absolument tort de laisser dans l'ombre cette étude si intéressante; et c'est pour combler cette lacune, qu'il nous a semblé utile de réunir dans une vue d'ensemble tout ce que l'on sait sur ce sujet, en nous inspirant non seulement de nos recherches personnelles, mais aussi des observations rapportées par nos devanciers, Tardieu, Moreau (de Tours), Lasègue, Legrand du Saulle, Charcot, Bourneville, etc.

Les hystériques peuvent présenter pendant leur existence des troubles intellectuels ou de simples aberrations de caractère sans avoir ni attaques, ni autres manifestations de la névrose ; d'autres fois aussi, les perversions intellectuelles ou mentales peuvent précéder pendant un temps plus ou moins

[1] Extrait d'un ouvrage sur les Névroses, qui doit incessamment paraître.

long les manifestations somatiques ; plus souvent elles leur succèdent, soit immédiatement, soit longtemps après.

I. Un premier trait de leur caractère est la *mobilité*. Elles passent d'un jour à l'autre, d'une heure ou d'une minute à une autre, avec une incroyable rapidité, de la joie à la tristesse, du rire aux pleurs ; versatiles, fantasques ou capricieuses, elles parlent dans certains moments avec une loquacité et une animation étonnantes, tandis que dans d'autres elles deviennent sombres et taciturnes, gardent un mutisme complet, restent plongées dans un état de rêverie, de dépression mentale dont on peut difficilement les faire sortir ; elles sont alors prises d'un sentiment vague et indéfinissable de tristesse avec sensation de serrement à la gorge, de boule ascendante, d'oppression épigastrique, et éclatent en sanglots, ou elles vont cacher leurs larmes dans la solitude qu'elles réclament et qu'elles recherchent; d'autres fois, au contraire, elles se mettent à rire d'une façon immodérée, sans motif sérieux. Elles se comportent en un mot, dit M. Ch. Richet, « comme les enfants que l'on fait rire aux éclats alors qu'ils ont encore sur la joue les larmes qu'ils viennent de répandre ».

Leur caractère change comme les vues d'un kaléidoscope, ce qui a pu faire dire avec raison par Sydenham, que ce qu'il y a de plus constant chez elles c'est leur inconstance. Hier elles étaient enjouées, aimables et gracieuses, aujourd'hui elles sont de mauvaise humeur, irascibles et susceptibles, se fâchant de tout et de rien, indociles par système, taquines par parti pris, maussades par caprice, mécontentes de leur sort ; rien ne les intéresse, elles s'ennuient de tout. Elles éprouvent une antipathie très grande contre une personne qu'hier elles aimaient et estimaient, ou au contraire d'une sympathie incompréhensible pour telle autre ; aussi poursuivent-elles de leur haine certaines personnes avec autant d'acharnement qu'elles avaient autrefois mis de persistance à les entourer d'affection. — Bergeret d'Arbois nous montre une hystérique qui fait condamner à plusieurs mois d'emprisonnement, et même à cinq ans de réclusion, des innocents pour lesquels elle avait conçu un violent sentiment de haine[1]. — C'est encore là l'histoire si souvent renouvelée du malheureux mari qu'hier elles aimaient tendrement, et qu'au-

[1] *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1863.

jourd'hui elles ne peuvent plus voir: elles se plaignent alors de ne plus recevoir les preuves d'une affection qu'elles repoussent, portent contre leur mari des accusations sans nombre et sans nom; de là, dans le foyer domestique, des troubles et des discussions sans cesse alimentées par leur esprit d'agression, par leur imagination féconde et désordonnée, de là aussi ces demandes, ces procès en séparation de corps, où les hystériques accusent, se défendent pendant des heures avec une lucidité parfaite, avec un accent de conviction et de sincérité bien propre à émouvoir les juges en leur faveur.

Parfois, leur sensibilité est exaltée au plus haut point pour les motifs les plus futiles, alors qu'elle est à peine touchée par les plus grandes émotions : elles restent presque indifférentes, impassibles même à l'annonce d'un vrai malheur, elles deviennent tout à coup d'une extrême susceptibilité, versent d'abondantes larmes, s'abandonnent au désespoir le plus profond pour une simple parole mal interprétée, et transforment en offense la plus légère plaisanterie. Cette sorte d'*ataxie morale* s'observe encore pour leurs intérêts les plus chers : celle-ci assiste avec l'indifférence la plus complète à l'inconduite de son mari, celle-là reste froide devant le danger qui menace sa fortune. « Tour à tour douces et emportées, dit Moreau (de Tours), bienfaisantes et cruelles, impressionnables à l'excès, rarement maîtresses de leur premier mouvement, incapables de résister à des impulsions de la nature la plus opposée..., présentant un défaut d'équilibre entre les facultés morales supérieures, la volonté, la conscience, et les facultés inférieures, instincts, passions, désirs. »

Cette extrême mobilité dans leur état d'esprit et dans leurs dispositions affectives, cette instabilité de leur caractère, ce défaut de fixité, cette absence de stabilité dans leurs idées et leurs volitions, rendent compte aussi de l'impossibilité où elles se trouvent, de porter longtemps leur attention sur une lecture, sur une étude, sur un travail quelconque.

Tous ces changements se produisent avec la plus grande rapidité; chez elles, les impulsions ne sont pas, comme chez les épileptiques, privées absolument du contrôle de l'intelligence, mais elles sont vivement suivies de l'acte. C'est ce qui explique ces mouvements subits de colère et d'indignation, ces enthousiasmes irréfléchis, ces affolements de désespoir, ces explosions de gaieté folle, ces grands élans d'affection, ces

attendrissements rapides ou ces brusques emportements pendant lesquels, agissant comme des enfants gâtés, elles trépignent du pied, brisent les meubles et éprouvent le besoin irrésistible de frapper.

Lorsque les hystériques sont réunies, comme dans un service d'hôpital par exemple, leurs mœurs présentent des caractères importants à étudier : elles se recherchent volontiers, forment des groupes isolés, fuyant avec un certain orgueil la société des épileptiques pour lesquelles elles n'ont pas assez de mépris ; mais elles deviennent vite jalouses entre elles, ourdissent de petits complots les unes contre les autres, portent *l'esprit de dénonciation* jusqu'à s'accuser des moindres faits, puis, leurs amitiés éphémères sitôt mortes que nées, elles se séparent bien vite et se querellent ou se disputent pour les motifs les moins sérieux. Comme elles ont aussi le *caractère enfantin* et qu'elles sont exposées entre elles à une sorte de contagion ou d'imitation nerveuse, on les voit organisant de mesquines conspirations d'indiscipline ou de rébellion ; on les voit encore toutes prises d'un fou rire à propos de rien, d'un homme qui passe, de la pluie qui tombe, d'une mouche qui vole ; puis ce sont des récriminations, des reproches, des lamentations, des larmes sans fin. Dans un service renfermant des épileptiques et des hystériques, on reconnaît souvent celles-ci par l'habitude qu'elles ont de mettre des fleurs au chevet de leur lit, de s'orner la tête de rubans (ordinairement rouges ou bleus), de porter une cravate aux couleurs éclatantes; et, comme il est dit que tout est contraste dans leur caractère ou leurs manières d'être, il est intéressant de les voir avec ces parures et ces fleurs sur la tête, marcher par une pluie battante à l'approche de leur délire ou de leurs accès convulsifs, pieds nus, les vêtements en désordre et les cheveux au vent[1].

II. Un second trait de leur caractère est un esprit d'*opposition*, de *contradiction*, de *controverse*. Elles mettent autant d'insistance à nier qu'à affirmer, à refuser aujourd'hui ce qu'elles ont demandé, réclamé, exigé hier ; elles éprouvent un secret plaisir à combattre avec une assurance qui n'a d'égale que

[1] M. Bourneville a judicieusement insisté sur ces derniers détails dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* (1876-1880).

leur absence de conviction, l'opinion contre laquelle elles se seraient révoltées autrefois, ou encore à provoquer autour d'elles l'étonnement et la stupéfaction par des thèses plus ou moins extraordinaires et paradoxales qu'elles soutiennent.

Elles sont surtout affectées de ce subdélire ou de cet *état malicieux* (ainsi désigné par M. Dally)[1], qui les porte à organiser des intrigues, des querelles, des brouilles, à créer des embarras, à écrire des lettres anonymes pour semer la discorde, à simuler des maladies pour le singulier plaisir de faire naître dans leur entourage de grandes inquiétudes. — Une jeune fille ne veut pas absolument manger ; sa famille éplorée joint les supplications aux prières, qnand on s'aperçoit qu'un jour elle prend des aliments en cachette. — Une autre annonce qu'elle a résolu de mourir tel jour à telle heure ; comme on a l'air de ne pas croire à sa parole, elle s'irrite et reste pendant trois jours consécutifs faisant la morte, avec une force de volonté telle qu'elle résiste aux excitations les plus vives employées pour la tirer de cette espèce de coma. Bientôt elle se lève enchantée, fière et radieuse du tour qu'elle a joué et de l'étonnement qu'elle a dû produire ; elle avoue plus tard qu'elle a simplement joué la comédie.

C'est qu'elles aiment porter tout à l'extrême, ne sachant pas vivre avec simplicité ; c'est qu'elles exagèrent tous leurs sentiments, l'indifférence comme l'enthousiasme, l'affection comme l'antipathie, la tendresse comme la haine, la joie comme le désespoir, et qu'elles dramatisent tout sur la grande scène du monde où elles sont et restent toujours de vraies comédiennes. Elles veulent qu'on s'occupe d'elles, qu'on les plaigne, qu'on s'intéresse à leurs petites comme à leurs grandes misères. Aussi n'épargnent-elles aucune ruse, aucune invention pour arriver à ce résultat.

Ce besoin de *simuler*, d'attirer l'attention sur leurs actes, d'étaler une certaine mise en scène, ce désir de faire parler d'elles, d'affecter des poses théâtrales, sont tellement irrésistibles qu'ils les poussent souvent à se déchirer, à se mutiler et même à jouer la comédie du suicide. — Le malheureux atteint de spleen ou de désespoir, qui veut attenter sérieusement à ses jours, fait ses préparatifs en silence, loin de tout regard indis-

[1] Dally. — *De l'état et du delire malicieux* (*Ann. med. psych.* 1877, p. 356.

cret; l'aliéné frappé de manie aiguë se donne la mort avec une sorte d'instantanéité irréfléchie ; c'est pour fuir souvent des ennemis et un danger imaginaires, que l'alcoolique se précipite par une fenêtre ou se jette à l'eau ; et le lypémaniaque poursuivi et harcelé sans cesse par ses idées de suicide, reste longtemps sans en rien dire à personne, hésitant et troublé encore dans l'accomplissement de l'acte qui doit mettre fin à son existence... L'hystérique agit autrement, elle déclare souvent bien des jours et des mois à l'avance qu'elle est lasse de la vie, elle annonce *urbi et orbi* qu'elle veut se tuer, et tout en cherchant avec un certain art à déjouer la surveillance de son entourage, elle ne manquera pas de laisser percer son dessein par certaines paroles ou certains sous-entendus assez adroitement imaginés, elle aura bien soin d'être vue au milieu de ses préparatifs, ou s'arrangera toujours de manière à recevoir un prompt secours au moment opportun. — Une des malades de la Salpêtrière a l'idée, sans trop savoir pourquoi, de se précipiter du haut du puits de Grenelle et l'on arrive naturellement à temps pour la retenir ; un autre jour elle prend un flacon de chloroforme et s'enferme dans les lieux d'aisances pour s'empoisonner, dit-elle ; puis elle se pratique une saignée avec des ciseaux ; enfin une autre fois elle prend sans cause vingt pilules de belladone et annonce avec une satisfaction mal feinte ou mal contenue qu'elle a voulu attenter à ses jours. C'est bien la même malade qui dans sa jeunesse s'est opéré la section du mamelon. — Une autre hystérique effrayait tous les soirs son entourage par ses menaces répétées de se jeter par la fenêtre. Sa famille affolée, qui avait tort de la prendre au sérieux, l'attache afin de la mettre dans l'impossibilité d'éxécuter son projet. Sur ces entrefaites, le Dr Hammond arrive, la délivre de ses liens et de ses entraves, puis il lui déclare qu'elle est libre; elle court à la fenêtre, regarde un instant, et revient à son lit en adressant au médecin quelques éphithètes malsonnantes. Elle n'a jamais recommencé [1].

Le rôle du médecin est donc de ne pas trop ajouter foi à ces menaces; mais il ne faut pas non plus qu'il mette la comédienne trop ouvertement et en face du monde au défi d'accomplir un acte longtemps annoncé d'avance, car l'hystérique est sou-

[1] Hammond. — *Maladies du système nerveux*. Trad. française, 1879.

vent *vaniteuse et orgueilleuse* ; elle est essentiellement la femme prompte aux coups de tête, sujette à tout faire « par toquade », et poussée par cet orgueil incompréhensible ou par un faux amour-propre, elle voudra mettre sérieusement à exécution le projet qu'on a traité trop légèrement. — La marquise de Prie, la trop célèbre maîtresse du duc de Bourbon, après avoir été exilée de la cour et dépitée de son abandon, annonce qu'elle va se donner la mort, tel mois, tel jour, telle heure; elle convie ses amies à des danses, donne des fêtes, paraît gaie, animée, pleine d'entrain ; le soir elle parle encore en présence de son nouvel amant de sa détermination formelle, qui est accueillie par des sourires d'incrédulité. Celui-ci, croyant à une mystification, lui donne le poison de sa propre main, et il ne se rend à l'évidence que lorsqu'il est devenu impossible de lui porter secours (Taguet).

Quel est le plus souvent le but de ces tentatives de suicide ? Une malade observée par M. Taguet[1] va nous l'apprendre : Cette jeune femme était unie à un mari pour lequel elle ressentit d'abord une réelle affection. Au bout d'un certain temps, elle prend un malin plaisir à lui faire de la peine et toutes ses actions concourent vers ce but singulier : elle lui déclare qu'elle est lasse de son amour, et pour aiguillonner sa jalousie, lui annonce qu'elle va courir les aventures galantes; elle n'en fait rien et reste vertueuse. C'est alors qu'elle imagine la simulation du suicide : on laisse à sa disposition quatre pilules purgatives qu'on lui dit renfermer de fortes doses d'opium, les pilules disparaissent, il n'y eut pas naturellement d'effet purgatif puisqu'elles n'avaient pas été ingérées, et la malade simule assez grossièrement une intoxication par l'opium ; un jour elle force la serrure d'un placard, fait disparaître un flacon renfermant deux grammes de morphine pour injections sous-cutanées et vient annoncer avec une certaine fierté et une certaine ostentation qu'elle a absorbé tout le flacon, ce qui était faux; elle essaie enfin de se pendre aux rideaux de son lit, après avoir pris la précaution d'ouvrir la porte de sa chambre, afin qu'on pût la voir et la secourir. — Or, fait important à constater, cette malade renouvelait ses menaces et ses tentatives chaque fois que son mari venait la visiter, et qu'elle se voyait observée par les médecins. Quelle est la conclusion à tirer de ces faits ? C'est que, —

[1] Taguet. — *Annales méd. psych.*, 1877.

comme pour l'anorexie hystérique, qui est plutôt le résultat d'un état mental que d'un état gastrique, — l'entourage est l'obstacle à la guérison, c'est que l'isolement de la malade et le changement de milieu doivent être impérieusement, formellement réclamés, parce qu'ils sont les seuls moyens curatifs dont nous disposions en pareille circonstance.

III. Les hystériques sont donc remarquables par leur esprit *de duplicité, de mensonge, de simulation*. « Un trait commun les caractérise, dit Tardieu, c'est la simulation instinctive, le besoin invétéré et incessant de mentir sans cesse, sans objet, uniquement pour mentir, cela non seulement en paroles, mais encore en actions, par une sorte de mise en scène, où l'imagination joue le principal rôle, enfante les péripéties les plus inconcevables et se porte quelquefois aux extrémites les plus funestes [1] ». « Elles portent encore, dit Morel, la manie analytique du soupçon jusque dans ses dernières limites. Elles se noient dans les suppositions les plus bizarres, les plus fausses, les plus ridicules et les plus injustes. L'amour de la vérité n'étant pas, d'un autre côté, la vertu dominante de leur caractère, elles n'exposent jamais les faits dans leur réalité, et trompent aussi bien leurs maris, leurs parents que leurs confesseurs et leurs médecins[2]. »

Exagérant leur mal, inventant même des maladies dont elles ne sont pas atteintes, elles éprouvent une satisfaction secrète à tromper les personnes qui les entourent, et surtout les médecins, lorsque ceux-ci paraissent s'occuper d'elles et s'intéresser scientifiquement à leur affection. — Chomel, qui ne voulait plus s'occuper des hystériques parce qu'il avait été souvent trompé par elles, aimait à raconter l'histoire suivante : Une malade entre dans son service, présentant des phénomènes nerveux dont la bizarrerie et l'étrangeté l'intéressent vivement ; il rédige soigneusement son observation, prend des notes, reste près d'elle pendant plus d'une heure, puis quand l'interrogatoire lui semble épuisé, il lui demande si elle n'a plus rien à dire : « Oui, monsieur, répond-elle, c'est que de tout ce que je vous ai dit, il n'y a pas un mot de vrai. » Cette boutade, hâtons-nous de le dire, nous étonne de la part

[1] Tardieu. — *Étude médico-légale sur la folie*. Paris, 1880.
[2] Morel. — *Études cliniques*.

d'une hystérique, qui ne convient pas volontiers de ses mensonges, qui a l'esprit de ruse et de dissimulation porté parfois jusqu'à ses dernières limites, et qui montre toujours une certaine ténacité et une persévérance extraordinaire dans la narration des faits qu'elle invente.

Il n'est pas de supercherie qu'elles n'imaginent pour satisfaire leur besoin souvent irrésistible de se rendre intéressantes, de faire parler d'elles et de se poser sur une sorte de piédestal. C'est ainsi qu'elles exagèrent leurs mouvements convulsifs, qu'elles se plaignent de maux incroyables et qu'elles peuvent s'astreindre, par une persistance qui constraste singulièrement avec la mobilité et l'inconstance de leur caractère, à des actes souvent monstrueux, ou à des pratiques repoussantes : — Une jeune fille hystérique est prise de vomissements dont l'aspect rappelle absolument celui de l'urine ; tous les matins on la sonde et dans la journée les vomissements ne reparaissent plus, puis comme on pense à la possibilité d'une supercherie, on fait surveiller la jeune malade, et on ne tarde pas à la surprendre buvant ses urines en cachette tous les matins [1].

Ces faits de simulation ne sont pas rares : « On les rencontre à chaque pas dans l'histoire de l'hystérie, dit M. Charcot [2], et l'on se surprend quelquefois à admirer la sagacité ou la ténacité inouïe que les femmes qui sont sous le coup de la grande névrose mettent en œuvre pour tromper, ... surtout lorsque la victime de l'imposture doit être un médecin. Dans l'espèce, il ne paraît pas démontré que la parurie erratique des hystériques ait été jamais simulée de toutes pièces et pour ainsi dire créée par les malades. En revanche, il est incontestable que, dans une foule de cas, elles se sont plu à dénaturer, en les exagérant, les principales circonstances du cas, et à lui imprimer le cachet de l'extraordinaire, du merveilleux. Voici, en général, comment les choses se passent : l'anurie ou l'ischurie avec les vomissements existent seuls pendant un certain temps, et le phénomène est réduit par conséquent à sa plus grande simplicité. Mais bientôt, principalement si les accidents semblent exciter l'intérêt et la curiosité des médecins, de l'urine pure sera expulsée par les vomissements, en quantité considérable ; il

[1] Duponchel. — *De la folie hystérique.* Thèse de Paris, 1874.

[2] *Leçons sur les maladies du système nerveux.* T. I, p. 128.

en sortira par les oreilles, par le nombril, par les yeux et même par le nez, ainsi que cela eut encore lieu dans un fait récent. Enfin, si l'admiration est poussée à son comble, il s'y joindra peut-être des vomissements de matières fécales. »

Les médecins ne sont pas les seuls trompés par ces supercheries. Que de fois aussi les hystériques se sont-elles jouées de la crédulité publique en annonçant à des populations ignorantes, superstitieuses et trop souvent avides du surnaturel, des apparitions miraculeuses, ou des faits extraordinaires qui avaient le tort de n'exister que dans leur imagination et dans leur esprit inépuisable d'invention et de mensonge ! Et pour citer un exemple des plus récents, n'a-t-on pas vu dernièrement une hystérique simuler les plaies et les blessures des véritables stigmatisées[1] !

C'est ainsi que se posant en victimes ou en héroïnes, elles inventent mille histoires mensongères où le vrai et le faux est mêlé avec un art si parfait que la justice peut être facilement déroutée : — En 1873, Mlle de M..., âgée de dix-huit ans, accuse le vicaire de la paroisse de l'avoir violée; elle raconte que tel jour, telle heure, alors qu'elle se trouvait en prière à l'église, le vicaire s'approcha d'elle après avoir fermé toutes les portes et la pria de l'accompagner dans la sacristie; là le vicaire lui fait une déclaration brûlante et comme elle résiste, il fait mine de se porter un poignard au cœur; elle s'évanouit, dit-elle, et lorsqu'elle a repris ses sens, elle était violée. A la cour d'assises, les médecins légistes l'interrogent sur le *modus faciendi*, et comme elle répond par des détails enfantins, on l'examine et on la trouve absolument vierge, sans trace de violence extérieure. — Une jeune fille très pieuse se fait un jour avec une paire de ciseaux plus de six cents incisions sur tout le corps, puis elle prétend que ces blessures sont l'œuvre d'un individu qui a voulu lui infliger le dernier outrage. Pressée de questions par M. Toulmouche (de Rennes), elle finit par avouer qu'elle s'est volontairement pratiqué ces nombreuses blessures, et cette singulière comédie a précédé de peu une attaque d'hystérie des mieux caractérisées[2].

[1] Ball. — *La stigmatisée de S...* (*L'Encéphale*, 1881.)

[2] Toulmouche. — *Consultations médico-légales sur deux cas assez rares d'aberration mentale.* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale.* Paris, 1853). — Voyez aussi Legrand du Saulle : *Etude médico-légale sur l'hystérie et sur le degré de responsabilité des hystériques*, etc. (*Gaz. des hôp.*, 1859, p. 145.) — Bulard, thèse de Montpellier, 1858. — Duponchel et Chabrun, thèses de Paris, 1874 et 1878 ; etc.

Quelquefois elles s'accusent elles-mêmes, ce qui détourne davantage les soupçons, elles imaginent de toutes pièces un crime dans un but qu'on ne peut concevoir ni définir, elles en indiquent les circonstances et les péripéties avec un luxe et une précision de détails qui ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit du magistrat, et cependant tout le récit est faux d'un bout à l'autre. Telle, il y a peu de temps, cette jeune fille qui se dénonce et s'accuse d'avoir tué un jeune homme sur le bord d'une pièce d'eau où il était ensuite tombé. On ne retrouve pas le cadavre et l'on acquiert bientôt la certitude qu'il s'agissait d'une hystérique et d'une histoire inventée par elle. — D'autres fois encore elles se plaisent à mystifier toute une population : Tout à coup, dit M. Legrand du Saulle, il survient dans un pays de grandes divisions entre diverses familles qui cessent de se fréquenter parce qu'elles ont reçu des lettres anonymes. C'est que dans ce pays, il y a souvent une femme hystérique au courant des histoires de tout le monde et qui est entrée dans la voie des lettres anonymes, éprouvant un certain plaisir à semer partout la discorde. — M. Lasègue raconte l'histoire suivante qui, pendant quelques années, a ému plusieurs têtes couronnées : Une femme écrit au roi Victor-Emmanuel pour lui dire qu'elle est fille naturelle de sa sœur la princesse de Carignan; comme preuve, elle parle d'une cassette cachée sous le lit de la femme qui lui servait de mère, un jésuite venait voir cette femme, et un jour cassette et jésuite disparaissent. Ne recevant pas de réponse, elle écrit lettres sur lettres, donne son adresse, on fait des recherches en France, on ne découvre rien; mais un envoyé du roi, convaincu de la véracité du récit, l'emmène à la cour d'Italie. Elle revient en France où l'on finit par savoir qu'elle est femme d'un coiffeur, et un jour M. Lasègue la voit en proie à une attaque d'hystéro-épilepsie suivie d'aphasie [1].

Lorsque les hystériques sont entrées dans cette voie périlleuse elles ont déjà un pied dans l'aliénation mentale, et au point de vue médico-légal, elles n'ont déjà plus l'entière responsabilité de leurs actes.

IV. Si leurs impressions, disons-nous, sont mobiles, fugaces et changeantes, on peut voir aussi, par une singulière contradic-

[1] Lasègue. — *Les hystériques, leur perversité, leurs mensonges.* (*Ann. médico-psych.* t. VI, 1881.)

tion qui n'est pas rare dans l'histoire de l'hystérie, avec quelle constante persévérance, avec quelle fixité elles reviennent toujours à une même idée qu'elles ont imaginée tout d'abord et à laquelle elles s'attachent comme à une chose réelle : témoin cette histoire d'amours toujours la même et toujours répétée de la même façon par la fameuse hystérique Gen... observée à la Salpêtrière ; témoin encore, pour ne citer que celui-là, le cas du malheureux Urbain Grandier qui, accusé par les religieuses Ursulines de Loudun de venir les visiter pendant la nuit, expia sur le bûcher des crimes imaginaires.

C'est que les hallucinations laissent parfois une impression profonde et durable dans leur esprit, puisque les hystériques croient à la réalité de leurs rêves pendant un temps assez long. Le fantôme mal dessiné d'abord de ces hallucinations prend une forme et bientôt un nom : dans le procès célèbre qui a agité l'opinion publique en 1835, Marie de M... a persisté avec une énergie rare dans ses accusations de viol portées contre M. La R... [1]. Elle décrit avec les moindres détails les sensations tactiles, les attouchements dont elle a été victime dans son rêve, et les termes dont elle se sert, contrastent souvent avec la pureté de sa vie et la chasteté de son cœur : tant il est vrai que l'hallucination et l'excitation qui l'accompagne suggèrent chez les malades, au dire de Brierre de Boismont « des expressions qui ne leur sont pas familières ».

Ces *idées fixes* qui constituent, suivant l'expression si ingénieuse d'Esquirol, une sorte de catalepsie de l'intelligence, peuvent donner lieu à différents accidents chez les hystériques : ainsi nous avons vu que certaines malades refusent toute alimentation, non pas seulement parce qu'elles ont perdu la sensation de la faim, mais aussi parce qu'elles s'imaginent que le travail digestif détermine des douleurs trop vives ; une autre se condamne à un mutisme absolu parce que l'exercice de la voix determine, dit-elle, un peu de douleur, et elle reste ainsi muette pendant des mois ; une troisième croit remarquer que la marche et la station provoquent des sensations douloureuses, et alors pour les éviter, elle a résolu de ne plus marcher pendant de longs mois ; une hystérique tient les yeux fermés pendant des journées entières, laissant tomber ou contractant

[1] Lire la relation extrêmement intéressante de ce procès dans le cahier XLVI des *Causes célèbres de tous les peuples*, par Fouquier.

convulsivement ses voiles palpébraux, et se refusant absolument à les ouvrir. On pourrait citer un grand nombre de faits semblables où les hystériques se condamnent par parti pris, par obstination, par une sorte d'opiniâtreté maladive, à ne plus manger, à ne plus marcher, à ne plus voir. Elles ont décidé ainsi, pendant des mois et même des années, de ne plus vivre de la vie commune, presque calmes et indifférentes au milieu des émotions ou des tristesses de leur entourage; celui-ci a beau prier, supplier, insister, « l'excès d'insistance appelle l'excès de résistance ». (Lasègue.)

C'est là une preuve d'une grande force de volonté, dira-t-on. Non, c'est de la force d'inertie, c'est plutôt une aberration ou une *perversion de la volonté.* Les hystériques ne veulent pas aujourd'hui ce qu'elles voulaient hier, elles veulent ce qu'elles ne devraient pas vouloir, et si elles sont parfois capables de grandes énergies, elles ne savent pas montrer de suite dans leurs volitions pas plus que dans leurs sentiments. Vous les voyez concevoir de grands projets, prendre de belles résolutions : elles vont travailler, elles travaillent déjà avec ardeur; sur votre conseil, elles abandonnent la lecture des romans qui les absorbait encore tout à l'heure, elles renoncent à leur vie contemplative, à leur manie si fréquente d'écrire et de composer des vers, elles se livrent à des travaux manuels, elles s'occupent de leur maison et reprennent au foyer domestique la place qu'elles avaient presque abandonnée; en un mot tout marche à souhait pendant plusieurs jours..., quand aussitôt s'éteint misérablement ce trop beau feu de paille, quand tout à coup s'écroule cet échafaudage trop fragile de grandes promesses. Le travail suppose un effort *persévérant* de la volonté; elles sont pour un jour bien capables de cet effort, mais elles ne peuvent y persévérer; aussi ne *sont-elles pas travailleuses* et se plaisent-elles à vivre le plus communément dans une insouciante oisiveté. Elles reviennent bien vite à leurs anciennes habitudes, déclarant qu'elles ne peuvent vivre ainsi, se disant bien malheureuses, et tout est et sera toujours à recommencer, parce que leur défaillante volonté fléchit sans cesse sous le joug toujours plus puissant de leurs petites comme de leurs grandes passions.

V. Les hystériques présentent-elles cette tendance aux plaisirs sexuels, cette imagination lascive ou cet excès de sensualité qu'on s'est plu de tout temps à leur attribuer? Le fait existe,

mais il est plus rare qu'on le pense, et l'on cite bon nombre de ces femmes chez lesquelles la sensibilité génésique est même tellement émoussée qu'elle paraît presque absente. Les désirs ou appétits vénériens sont nuls, et l'acte génital peut être accompli par elles avec une réelle indifférence, et même avec une certaine répugnance. Ce qui a pu faire dire le contraire, c'est qu'elles sont souvent romanesques, aimant les aventures galantes qu'elles savent souvent arrêter au moment opportun. Quelques-unes cependant, sans jamais présenter ces phénomènes d'érotisme ou de nymphomanie qui peuvent compliquer la névrose, mais qu'il ne faut jamais confondre avec elle, ont une certaine excitabilité génésique; elles sont ordinairement libres dans leur langage, employant des mots expressifs pour peindre leurs sensations, et l'on voit souvent dans les hôpitaux comme dans la clientèle, des femmes qui éprouvent un singulier plaisir à se faire sonder tous les jours pendant des semaines entières, ou encore d'autres malades qui simulent une affection de matrice et qui reviennent sans cesse consulter le médecin pour réclamer des examens au spéculum.

On en rencontre enfin qui ont ce qu'on peut appeler le *tempérament génital*, caractérisé par une certaine ampleur des masses charnues et l'abondance du système pileux, par l'expression mobile de la physionomie, l'animation facile des traits, l'éclat brillant des yeux, l'épaisseur et la coloration des lèvres qui sont d'un rose vif tranchant avec la blancheur des dents, enfin par le développement des seins et des organes sexuels; elles peuvent parfois résister pendant un temps plus ou moins long aux pensées qui les obsèdent, mais bientôt, vaincues dans la lutte inégale du devoir et de la raison contre le désordre et le dérèglement des sens, elles peuvent chercher, elles cherchent souvent dans les attouchements solitaires une diversion passagère à l'ardeur qui les tourmente... Puis ces attouchements se répètent et conduisent à l'érotisme, à la nymphomanie, accidents qui peuvent, nous le répétons, compliquer l'hystérie, mais qui sont absolument distincts de cette névrose. On les voit alors, dit Tardieu, abandonner parents, amis, enfants, et aller chercher dans la prostitution un remède encore impuissant à la triste fureur qui domine leur raison et leurs sens.

VI. Ce qui les distingue encore, c'est une sorte de *quiétude* dans laquelle les laissent toutes les affections d'une durée plus ou

moins longue dont elles sont atteintes. Que l'on mette en regard deux malades, l'une avec une hémiplégie permanente compliquée de contracture due à une lésion quelconque des centres nerveux, l'autre avec une contracture hémiplégique de nature hystérique, et l'on comprendra quelles différences les séparent au point de vue mental : la première ne verra pas sans une inquiétude toujours croissante la rigidité musculaire envahir de jour en jour davantage ses membres immobilisés déjà par un long repos ; la seconde, c'est-à-dire l'hystérique, subit cette immobilisation prolongée avec une insouciance étrange, avec une patience singulière qu'il ne faut pas prendre pour de la résignation, et l'on sent que ses plaintes, ses récriminations et ses doléances d'une heure ne sont pas sérieuses, comme si elle savait par avance qu'il ne s'agit pas d'une affection irrémédiable.

Mais cette quiétude ne provient pas toujours d'un raisonnement plus ou moins inconscient que les hystériques peuvent faire sur la gravité ou la bénignité de leurs accidents morbides ; elle est due aussi et surtout à un état cérébral singulier qui mérite de nous arrêter un instant : ces malades peuvent être atteintes d'une perte absolue et générale de toutes les diverses sensibilités, et cependant elles ont si peu conscience de ce trouble profond qu'elles n'en parlent jamais, qu'elles peuvent marcher, se livrer à toutes sortes d'occupations sans en être le moins du monde incommodées, au point même qu'elles manifestent le plus souvent un grand étonnement quand le médecin attire pour la première fois leur attention sur ce point. Quelle différence avec l'anesthésique par lésion encéphalique ou médullaire, qui s'aperçoit, qui se préoccupe de la plus légère diminution de la sensibilité, de la difficulté consécutive de la marche, de la sensation de « corps élastique » qu'il éprouve sous ses pas et qu'il sait si exactement analyser ! Tous deux sont anesthésiques, pourquoi donc l'hystérique qui l'est davantage le ressent-elle moins ? C'est parce que cette dernière se trouve dans une situation d'esprit comparable à celle des individus qui, distraits par une forte préoccupation deviennent dès lors incapables de sentir les impressions les plus violentes, c'est parce qu'elle a dû acquérir par le fait même de sa maladie une sorte de paresse cérébrale qui « la rend moins apte à percevoir certaines modalités sensitives[1] ».

[1] Lasègue. — *De l'anesthésie et de l'ataxie hystériques.* (*Arch. de méd.*, 1864, p. 391.)

Dans certains cas cependant, le cerveau des hystériques est hanté par des *idées hypocondriaques*. Mais on s'aperçoit bien vite que cette hypocondrie n'est pas vraie, et qu'elle a souvent pour but d'inspirer un certain intérêt ou même de faire naître dans leur entourage des inquiétudes pour leurs maux réels ou imaginaires. Elles parlent d'elles à tout propos, de leur vie manquée, de leurs affections perdues, ou de leurs illusions évanouies, de leurs souffrances continuelles ou de leurs douleurs incomprises; et dans toutes leurs paroles ou leurs actions, on remarque que c'est toujours leur personnalité qui domine, ou le *moi* qui est en jeu. C'est qu'elles sont souvent *égoïstes*, ne pensant qu'à elles, à leurs petites comme à leurs grandes misères, presque heureuses de tenir leurs parents et leurs amis en haleine d'inquiétude et de tristesse jusqu'au jour où un être aimé, un enfant qu'elles avaient semblé voir avec une certaine indifférence, tombe sérieusement malade; alors, elles exagèrent tout, le danger comme le dévouement, oublient pour un temps les préoccupations de leur santé, passent des nuits entières au chevet d'un lit, s'épuisant souvent en privations inutiles, ou en agitations stériles.

Certaines femmes hystériques ont souvent la manie de demander des conseils à tous les médecins qu'elles rencontrent ou qu'elles vont trouver; ce qui étonne même de la part d'hystériques intelligentes, c'est leur crédulité facile dans l'efficacité des moyens les plus bizarres, ou dans la parole de vulgaires charlatans et de somnambules. Enfin, elles ont souvent la *manie des médicaments*, cessant l'un pour en reprendre un autre, et s'attachant quelquefois à l'un d'eux avec une persistance telle qu'on est souvent obligé de les tromper pour éviter la production d'accidents toxiques. C'est ainsi qu'elles abusent de la morphine, et la *morphiomanie des hystériques* qu'on observe si fréquemment est d'autant plus difficile à guérir qu'on ne peut faire appel à leur volonté pour en réprimer l'habitude et les abus.

VII. Si les facultés affectives sont atteintes, les facultés intellectuelles ont conservé parfois, ont acquis même un certain degré d'excitation; quelques-unes de ces malades sont brillantes, enjouées, aimables dans le monde — quand elles le veulent, — elles ont de l'esprit, la mémoire sûre, une imagination vive, une conversation animée, ce qui a pu faire dire avec raison que même

avec ces profondes aberrations du sens moral, cet état diffère de la folie réelle, et qu'il constitue plutôt une forme de caractère qu'une maladie de l'intelligence, qu'il n'y a qu'un seul côté défectueux dans leur esprit, c'est « l'impuissance de la volonté à refréner les passions [1] ». (Ch. Richet.)

Les hystériques s'agitent, et les passions les mènent, pourrait-on dire encore. Toutes les diverses modalités de leur état mental que nous avons cherché à étudier, peuvent presque se résumer dans ces mots : ELLES NE SAVENT PAS, ELLES NE PEUVENT PAS, ELLES NE VEULENT PAS VOULOIR. C'est bien en effet parce que leur volonté est toujours chancelante ou défaillante, c'est parce qu'elle est sans cesse dans un état d'équilibre instable, c'est parce qu'elle tourne au moindre vent comme la girouette sur nos toits, c'est pour ces raisons que ces malades ont cette mobilité, cette inconstance et cette mutabilité dans leurs désirs, dans leurs idées ou leurs affections. C'est encore pour la même raison qu'elles manquent de franchise et qu'elles commettent si souvent des mensonges : car elles laissent leurs pensées errer au gré de leur imagination vagabonde ou déréglée qu'elles sont impuissantes à diriger, comme si elles étaient sans cesse sous l'influence d'un empoisonnement par le haschich. Si elles obéissent presque toujours à leur premier mouvement et à l'exaltation de leurs sentiments, si d'autres fois elles expriment des idées singulières et baroques, disant tout ce qui leur passe par la tête, si elles commettent encore des extravagances, se faisant remarquer par une certaine liberté d'allures et de conversation, si jamais calmes et pondérées elles sont toujours passionnées et ardentes pour le bien comme pour le mal, ce n'est pas seulement parce que la raison n'intervient point pour redresser toutes ces irrégularités de conduite ou de paroles, mais c'est surtout parce que le frein de la volonté est pour ainsi dire faussé au point de ne pouvoir plus ni les arrêter ni les retenir. Pour une raison ou une autre, cette volonté renaît-elle dans leur esprit, et des guérisons dites « miraculeuses » peuvent survenir : une hystérique atteinte d'anorexie, ne veut pas manger jusqu'au jour où un médecin impose son autorité, et lui démontre que son affection va devenir très

[1] Ch. Richet. — *Les démoniaques d'aujourd'hui*, etc. (*Revue des Deux-Mondes*, 15 janvier 1880.)

grave ; une autre, complètement immobilisée par la contracture depuis plusieurs années, se met à marcher tout à coup à l'annonce d'un incendie; une autre, atteinte de paraplégie, se lève et marche à la rencontre d'un frère qu'elle n'avait pas vu depuis plusieurs années, etc. N'ont-elles pas aussi entendu vanter les cures miraculeuses produites par certaine eau douée de propriétées surnaturelles ? Elles entreprennent le grand voyage depuis longtemps prémédité et préparé par la lecture ou le récit d'histoires extraordinaires, elles emportent avec elles la conviction et la volonté de guérir, elles n'ont pas encore franchi le seuil de la grotte mystérieuse que subitement les guérisons surviennent : les paralytiques marchent, les aveugles voient et la parole est rendue à celles qui ne parlaient plus ! C'est que l'hystérie est un terrain fertile en miracles thérapeutiques qui s'opèrent par la vertu d'une imagination puissamment surexcitée ou par le réveil subit et inattendu d'une volonté depuis longtemps endormie. C'est ainsi que les pilules de mie de pain, décorées sous le nom de pilules de *fulminate de taraxacum*, ont souvent opéré des miracles qui disputent la palme à l'ingestion d'une eau claire[1]. Tous ces faits n'en sont pas moins intéressants, parce qu'ils démontrent l'influence salutaire de la volonté sur la disparition d'un grand nombre d'accidents hystériques, et l'importance qu'on doit lui attacher au point de vue de la conduite thérapeutique à tenir.

A maladie psychique, en effet, on doit opposer un traitement psychique : il faut inspirer confiance aux malades, leur parler quelquefois avec une certaine autorité, il faut encore savoir leur exposer le danger de leur situation avec une voix assurée et presque impérieuse qui ne souffre pas de réplique. Voici, entre mille, un exemple qui démontre l'heureuse influence produite par la volonté du médecin sur celle du malade : M. Charcot, qui a eu l'obligeance de me raconter ce fait, est appelé un jour en toute hâte par le médecin ordinaire d'une hystérique en danger de mourir d'inanition. Cette malade était en effet atteinte d'une anorexie invincible, elle se refusait à manger depuis des mois, et l'état était devenu très grave, voisin de la cachexie : corps extrêmement amaigri avec les chairs flasques et le ventre creusé en bateau, face pâle et blême, yeux excavés,

[1] On sait qu'autrefois Cruveilhier parvenait à faire avorter une attaque convulsive en faisant boire à la malade, de gré ou de force, plusieurs verres *d'eau froide* coup sur coup.

pouls petit et misérable, jambes légèrement infiltrées.... En présence d'un état si menaçant, M. Charcot prend une grave détermination : il éloigne les parents de la malade et lui commande impérieusement de manger, car si elle ne le fait pas, elle est vouée à une mort certaine avec des souffrances horribles. Ces paroles, ces mesures sévères produisirent un grand effet. Le premier jour, elle voulut bien toucher à un peu de nourriture, le second jour elle mangea, les jours suivants davantage encore, et après une semaine elle mangeait comme tout le monde, puis, après deux mois de ce régime, elle s'était transformée, avait repris son embonpoint et sa santé d'autrefois. Interrogée par le médecin consultant, sur le motif, sur le but de son abstinence volontaire, elle répondit : « D'abord je n'avais pas faim, puis tant que mes parents furent là, je ne crus pas au danger parce que je voyais dans leurs remontrances de tous les jours un excès de leur affection ; mais vous êtes venu, vous avez éloigné mes parents, vous m'avez parlé d'une grosse voix ; j'ai senti alors que mon état était réellement grave, *j'ai voulu manger*, et j'ai mangé. »

Une autre hystérique était atteinte d'une paraplégie complète depuis plusieurs mois ; M. Charcot lui avait annoncé qu'il serait obligé pour la traiter avec succès, de l'envoyer seule dans un établissement hydrothérapique et de la séparer ainsi de ses parents. Quelques semaines se passent sans aucune amélioration, quand une nuit elle voit, elle entend dans un rêve le médecin consultant qui lui apparaît et lui renouvelle sa prescription de la façon la plus formelle. Les hystériques, on le sait, croient longtemps à la réalité des rêves ou des cauchemars qui troublent si souvent leur sommeil agité... Celle-ci à son réveil prend peur, elle a déjà résolu de marcher, et ce que les médications les plus diverses n'avaient pas fait, la volonté seule, qui est un galvanisme, a pu l'accomplir ; elle a pour ainsi dire électrisé les membres de la paralytique et leur a rendu rapidement la faculté locomotrice !

VIII. En terminant ces considérations sur le caractère, les mœurs et l'état mental des hystériques, il est nécessaire de déclarer que toutes les malades sont bien loin de posséder surtout à ce point ces dispositions de l'esprit que nous avons cherché à étudier ; quelques-unes se contentent d'être fantasques, capricieuses et inconstantes, ne présentant toujours qu'une certaine

faiblesse ou instabilité de la volonté ; d'autres sont inquiètes, émotives à l'excès, véritables sensitives qui tressaillent ou s'agitent au moindre souffle des plus petites passions. A ce degré même, l'hystérie légère n'est pas, comme le dit si bien M. Richet, une véritable maladie, c'est plutôt une des expressions, une des modalités du caractère féminin. On peut même ajouter avec lui que les femmes à vapeurs, sujettes à « avoir leurs nerfs », comme on dit dans le monde, sont plus femmes que les autres femmes.

D'autres, au contraire, n'ont en aucune façon et à aucun degré le caractère hystérique ; on voit même parfois de ces malades qui sont atteintes des accidents convulsifs les plus accusés ou encore des phénomènes permanents de la névrose, tels que les contractures, les paralysies, les troubles de la sensibilité, et qui présentent une pondération remarquable dans leurs idées ou leurs sentiments ; elles sont calmes, confiantes, dociles et sérieuses ; elles n'ont pas enfin cette mobilité de caractère qui est l'un des traits principaux de l'état mental des hystériques.

IX. Cette étude présente donc un grand intérêt à l'âge adulte ; mais, dès le jeune âge, on peut déjà surprendre certaines dispositions du caractère qui permettent de reconnaître une certaine tendance à l'affection nerveuse.

« Ce sont ordinairement des fillettes de huit à douze ans, quelquefois plus jeunes encore, à physionomie éveillée. Elles sont facilement impressionnables, sujettes à pleurer ou à rire sous les prétextes les plus futiles, et douées d'une vive imagination et d'une intelligence remarquable. Elles se distinguent dans toutes les études, surtout sur la musique, le dessin et possèdent un talent naturel d'imitation. Elles pratiquent volontiers le mensonge et jouent d'instinct la comédie. » (Jules Simon.) On voit ces enfants concevoir sur leur santé des préoccupations qui ne sont pas communes à leur âge, elles ont une tendance aux idées hypocondriaques, se plaignant tour à tour de gastralgie, de douleurs entéralgiques, de céphalalgie, de névralgies diverses. Les auteurs anciens ont souvent assimilé à tort l'hypocondrie à l'hystérie ; nous ne confondons pas ces deux états morbides si différents, mais nos observations nous autorisent à penser que le plus souvent l'hypocondrie dans le jeune âge est le symptôme précurseur de l'hystérie qui va naître à un âge plus avancé.

D'autres fois, on remarque que, dans leur enfance, elles sont turbulentes, indisciplinables au point qu'elles sont obligées de quitter leurs classes et qu'elles n'ont pas reçu l'instruction la plus élémentaire; elles sont querelleuses, susceptibles, se fâchant avec leurs petites compagnes, sujettes à de violentes colères. La fameuse hystérique Gen... était follette, difficile à tenir, elle courait partout, s'échappait de l'école, avait déjà la manie de sauter par dessus les murs et de se cacher au point qu'on était parfois obligé de l'attacher; enfin, vers l'âge de quinze ans, elle était souvent prise sans cause d'une profonde tristesse, refusant de parler pendant des journées entières.

En résumé, ces petites filles présentent de bonne heure des habitudes, des manières et des allures qui portent déjà le cachet de la névrose dont elles seront plus tard atteintes : elles sont impressionnables à l'excès, la plus petite contrariété, les moindres reproches et réprimandes sont reçus avec des sanglots et d'abondantes larmes et produisent un sentiment d'oppression à l'épigastre, de strangulation à la gorge, etc. Vives et irritables, elles ont souvent de petites colères et des accès de jalousie; elles ont aussi une grande mobilité d'humeur et des bizarreries de caractère qui paraissent étranges; coquettes et maniérées, elles éprouvent déjà le désir d'appeler sur elles l'attention ou d'inspirer de l'intérêt, et savent déjà pratiquer le mensonge ou jouer la comédie; la physionomie est ordinairement intelligente, expressive, la mémoire est fidèle, l'imagination a de la vivacité; elles ont des insomnies et des cauchemars, de véritables hallucinations et des terreurs nocturnes; elles se plaignent souvent de migraine ou de céphalalgie, d'hyperesthésie et de sensibilité à la lumière, de gastralgie avec vomissements tenaces, de névralgie intercostale et d'hyperesthésie ovarienne qui commence à se montrer au moment de la puberté ; enfin elles ont à propos de la plus légère bronchite, d'une simple angine, des toux paroxystiques et persistantes présentant souvent un timbre particulier, des spasmes passagers et divers du côté de l'œsophage, du pharynx, du larynx et des viscères abdominaux, spasmes qu'elles expriment par la sensation de corps étranger à la gorge, de bêtes qu'elles ont dans le ventre, de vers qui montent ou qui descendent, ou de poids qui les oppriment.. Dans certains cas encore, on observe des palpitations, des tendances aux lipothymies et aux syncopes, des pertes de connaissance incomplètes que l'on confond trop souvent avec des accidents épilep-

tiques, surtout s'il s'y ajoute, comme il arrive parfois, de véritables attaques convulsives.

Il faut insister sur les dispositions du caractère, sur les troubles divers du système nerveux, qui permettent dès l'enfance de reconnaître, de dépister et de combattre la disposition à l'hystérie. Voici encore d'autres exemples qui, en relatant divers accidents nerveux du jeune âge, dévoilent bien le caractère hystérique dès cette période de l'existence : une petite fille de dix ans est atteinte d'une céphalalgie frontale atroce qui dure plusieurs mois, qui résiste à tous les calmants, à l'hydrothérapie même, et qui cède un beau jour brusquement, au moment d'une attaque de spasme pharyngo-laryngé avec toux rauque et une sorte d'aboiement. Or, dans ce cas, plusieurs médecins consultés n'avaient pas hésité à porter un pronostic très grave, puisqu'ils admettaient une affection des centres nerveux. — Une autre petite fille de six ans, jalouse de son petit frère, se dit atteinte de douleur de tête, elle accuse du vertige, des douleurs névralgiques vagues, de la photophobie, elle refuse tout aliment, craint le moindre bruit, redoute l'impression de la lumière ; le pouls est accéléré au moment des visites... ; au 4e jour, on s'aperçoit de la supercherie, on contraint la petite comédienne de se lever, de marcher et de manger, et tous ces symptômes, qui avaient à un moment éveillé quelques inquiétudes, disparaissent comme par enchantement ; or, cette enfant est devenue jeune fille, elle a maintenant seize ans, et elle est assez souvent atteinte de spasmes, de mouvements convulsifs sur la nature hystérique desquels il n'est même pas permis d'hésiter [1].

West a observé deux cas de simulation à peu près semblables : un enfant de treize ans se plaint pendant neuf mois de céphalalgie avec photophobie, il a une hyperesthésie du cuir chevelu, de l'inappétence, de la constipation, il accuse une certaine difficulté dans la marche, etc., et cependant on découvre que l'enfant exagère tous ses symptômes douloureux lorsqu'on l'observe, et après un traitement moral pendant lequel l'indifférence des parents et du médecin joue le principal rôle, le petit malade guérit complètement ; — une petite fille, qui avait eu à dix-huit mois des convulsions, à six ans une toux spasmodique avec sensibilité considérable de l'épiglotte, accuse depuis huit ans et demi jusqu'à dix ans et demi une cépha-

[1] Jules Simon. — *Conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants*, 1880, p. 135.

lalgie très intense, elle s'en plaint surtout lorsqu'elle est l'objet de l'attention de sa mère et du médecin; elle présente des bizarreries et une irritabilité de caractère insolites pour son âge, refuse parfois de manger et bientôt éprouve nettement la sensation de la boule hystérique, puis elle est prise de dysphagie avec symptômes d'hydrophobie nerveuse et de convulsions générales, accidents dont un traitement moral eut seul raison [1]. Dans ces cas, ajoute si judicieusement M. West, c'est moins l'état du corps que celui de l'esprit qui doit éveiller les craintes du médecin. Car, l'attention constante donnée aux moindres sensations du malade, « l'habitude de satisfaire tous ses désirs et fantaisies, sous prétexte de maladie, et l'indulgence que l'enfant trouve toujours en ce cas dans un amour maternel exagéré, exercent une très funeste influence sur leur caractère et en font de jeunes hypocondriaques ».

X. Nous avons étudié les dispositions intellectuelles et mentales de l'hystérique à l'âge adulte, nous avons vu ses tendances névrosiques dès le jeune âge; il serait intéressant de savoir ce qu'elle devient à ce point de vue à un âge plus avancé, à l'époque de la ménopause par exemple. Or, à ce sujet, il n'existe absolument rien de précis : sans doute, le caractère devient plus calme et les sentiments plus fixes, les idées sont moins fluctuantes et les volitions moins mobiles ; mais d'autres fois aussi on peut voir éclater des accidents nerveux connus sous le nom d'*hystérie de retour* ou de la ménopause, et souvent accompagnés de tendances érotiques si bien décrites par M. Noël Guesneau de Mussy [2].

Enfin, nous avons vu que, dès l'enfance, les traits se présentent sous l'aspect d'une physionomie éveillée, mobile, expressive, qui contraste singulièrement avec la figure indifférente, inerte et sans expression des jeunes épileptiques. En est-il de même chez les adultes, et leur état mental a-t-il son reflet sur leur physionomie; en un mot existe-t-il une constitution, un *facies hystérique*?

Sous le rapport de la constitution, les avis ont toujours été

[1] West. — *Leçons sur les maladies des enfants.* Trad. par Archambault, 1re édition, 1875, p. 135.

[2] Gueneau de Mussy. — *Erotisme de la ménopause.* (*Gaz. hebd.*, 1870, et *Clinique médicale*, t. II, 343; Paris, 1875.

partagés depuis longtemps, comme le prouvent les citations suivantes que l'on pourrait aisément multiplier : Arétée croyait ainsi dépeindre les hystériques : « Juvenes muliercula quæ sunt sensibilioris generis nervosi, et texturæ tenuioris. » Forestus, au contraire, disait : « Mulieres virosæ corpulentes et multo sanguini præditæ. » C'est bien la même opinion exprimée par Louyer-Villermay, qui prétendait que toute femme hystérique est forte, brune, pléthorique, pleine de vie et de santé, ce qui est une grande exagération et une erreur manifeste. Car « il n'existe pas, dit Briquet, de constitution hystérique appréciable par les apparences extérieures ; cette maladie prend les femmes comme elle les trouve, blondes, brunes, grasses, maigres, fortes, faibles, colorées ou pâles ; il n'y a pas de choix. Quelques hystériques, à la vérité, ont la figure délicate, intelligente ; mais il en est tant dont la face béotienne, apathique et dure, trahit la stupidité, ou dont les traits amaigris, décharnés et le teint hâve, constatent la dégradation, qu'il faut renoncer au beau type grec comme spécimen de la prédisposition à l'hystérie Il y a d'ailleurs de par le monde trop de femmes hystériques pour que cette maladie n'atteigne que des belles. Dubois (d'Amiens) avait deviné tout cela ; car, au milieu du fatras d'écritures sur cette matière qu'il avait eté forcé de compulser, il finit par dire : « Je soupçonne fort qu'il n'existe pas de constitution hystérique comme l'entendent les auteurs [1] ».

Malgré cette assertion un peu exclusive de Briquet, il n'en est pas moins vrai que *quelques* hystériques présentent parfois, sinon une constitution prédisposante, au moins un *facies* particulier qui nous a permis dans certains cas, à leur simple aspect, de reconnaitre des hystériques. Nous avons suffisamment démontré que leur état mental est surtout formé de contrastes, qu'une volonté sans force est ordinairement unie à une activité désordonnée de l'imagination, et qu'à une vive exaltation de la sensibilité morale correspond souvent un défaut de réaction aux impressions si diverses qui les frappent, etc. (Axenfeld.) Aussi ces contrastes se trahissent-ils parfois sur leur physionomie par une expression habituelle de langueur et d'abattement, accompagnant une certaine mobilité des traits. Pour Todd, l'éclat de l'œil et un léger abaissement de la paupière supérieure cachant en partie le limbe de la cornée ont été indiqués comme caractérisant habituellement le *facies hysterica.*

[1] Briquet. — *Traité de l'hystérie*, p. 92-93.

Si ce travail que nous arrêtons ici reste encore incomplet, il n'aura pas été sans utilité : en montrant au clinicien et au thérapeute que l'hystérie atteint plus ou moins profondément la volonté, il leur indique la voie à suivre et les moyens à mettre en œuvre pour combattre utilement certains accidents rebelles, il leur apprend aussi le secret de ces guérisons singulières souvent inespérées et toujours inattendues ; en dévoilant les modalités prépondérantes du caractère des hystériques, il intéresse le magistrat comme le médecin légiste au point de vue de la créance que l'on peut prêter à leurs paroles et à leurs déclarations, et aussi du degré de responsabilité que l'on doit attribuer à leurs actes; le psychologue et le moraliste trouveront également un sujet fécond d'études dans cette agitation tumultueuse d'impressions et de sentiments divers dont l'esprit des hystériques est sans cesse troublé. Nous savons maintenant ce que produit l'exaltation de l'imagination unie à l'impuissance de la volonté, c'est-à-dire l'intelligence sans le contrôle de la réflexion qui éclaire la folle du logis, sans un frein qui modère l'activité désordonnée et stérile des volitions.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Le crane et le cerveau d'une microcéphale; par J. Jensen. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, 1880.)

Faut-il ne considérer comme microcéphales, c'est-à-dire comme idiots au point de vue clinique, que les individus présentant une atrésie prononcée des centres encéphaliques et notamment du cerveau, de grossiers arrêts de développement du système nerveux en corrélation avec une minutie extrême du squelette crânien? L'observation décrite en détail par le Dr Jensen démontre qu'*il existe une classe d'idiots dont la lésion anatomique est représentée simplement par un défaut relatif de*

substance corticale, tant pour l'ensemble des hémisphères qu'à l'égard des masses ganglionnaires de la base. Il semble, comme le fait ressortir l'auteur de ce mémoire, que les cerveaux des microcéphales aient eu à leur disposition trop peu de matière nerveuse pour pouvoir, au moment de l'évolution formatrice, dispenser la quantité qu'exigent les organes supérieurs qui président à la vie psychique; les couches grises ont été sacrifiées à l'élément blanc, la vie psychique à la vie végétative. Et notons qu'il s'agit ici d'un idiot non microcéphale, dont il a fallu chercher avec soin les altérations pour les voir, ce qui imprime, dans l'espèce, une surprenante allure de vérité à la théorie.

L'histoire de la jeune idiote en question, morte à seize ans et demi d'une entérite hémorrhagique inexpliquée, présente parmi les commémoratifs de la première et de la seconde enfance les particularités suivantes : faiblesse physique, agitation, insomnie, absence de sensibilité à la douleur. L'enfant n'entendait guère que les battements de mains, et n'apprit à marcher que tard. Parvenue à sa quatorzième année, elle offre le facies de l'oiseau (projection en avant du nez et des incisives du maxillaire supérieur); pour toute parole, elle fait entendre un ronflement analogue au *ronron* des chats, qui de loin en loin revêt un timbre métallique, et des geignements inarticulés quand il s'agit de répondre à des excitations désagréables, mais elle ne possède aucune manifestation expressive capable de traduire un certain bien-être. Malpropreté absolue ; démarche légèrement titubante ne l'empêchant point de trotter en chancelant partout avec agitation. Ni ouïe, ni goût : l'ingestion des aliments bouillants quels qu'ils soient, sans préférence, les saupoudrât-on de sulfate de quinine, ne lui procure aucune sensation, aucun malaise, aucun réflexe. Le seul signe d'intelligence qu'on signale est qu'elle connaissait sa place à table, s'y rendant spontanément. Taille 1m27. Poids 21 kilog. 07. Arrêt de développement de l'appareil génital. La description du squelette céphalique permet de relever l'écartement de la suture frontale, l'existence d'un grand nombre d'os intercalaires dans la suture lambdoïde, l'obliquité antérieure des dents incisives du maxillaire supérieur tandis que la mâchoire inférieure est fortement rejetée en arrière, l'étroitesse des canaux carotidiens, la forme presque losangique du trou occipital, la situation horizontale des voûtes orbitaires. Les dimen-

sions du crâne dans leur ensemble sont d'au moins 8 à 10 p. 100 plus faibles que celles des femmes allemandes en moyenne. Ne pouvant copier les détails des mensurations d'ordre anthropologique, nous nous bornerons à mentionner que le trou occipital a subi, toutes choses égales d'ailleurs, une réduction de 4 p. 100 dans son plus petit axe, de 6 p. 100 dans son sens le plus étendu; la ligne basale de Welker est de 4,3 p. 100 au-dessous de la moyenne. Il est remarquable que l'*arrêt de développement porte au même titre, au même degré sur les os de la face;* sa masse est de 10 p. 100 inférieure aux mesures moyennes, et cet abaissement mensural atteint, même pour les dimensions des orbites, 16 p. 100, tandis que l'angle facial de Welker est encore de 78.

Le cerveau, qui pèse 924 grammes avec les méninges molles, contredit au diagnostic de microcéphalie, d'autant que les hémisphères y sont représentés pour 805 grammes. L'examen superficiel des circonvolutions et des sillons confirme plus parfaitement la remarque que c'est là un volumineux cerveau d'idiot; il met en relief le caractère humain de l'individu en ce sens qu'on observe, par exemple, sur la frontale ascendante, des deux côtés, une scissure profonde (rareté chez l'homme, inconnue chez le singe); la division du sillon interpariétal en plusieurs segments, au point de former à gauche un sillon parallèle au sillon de Rolando, doit être aussi rangée parmi les phénomènes propres à la race humaine. Ajoutons enfin que l'insula est complètement recouverte, et nous aurons bien des arguments en faveur de la conclusion que le *système des replis cérébraux paraît témoigner bien plus d'un excès que d'un défaut d'évolution.* Mais une étude approfondie décèle :

1° L'*aplatissement général des circonvolutions* qui, au lieu d'offrir une profondeur de 9 millimètres, ne mesurent que 7 millimètres : or, trois cerveaux d'idiots examinés comparativement présentaient une hauteur de 9 millimètres. L'auteur a calculé que la diminution se manifeste principalement sur les lobes frontaux et occipitaux, assertion qui ruinerait la théorie simienne de Vogt (son parallèle entre la masse des régions occipitales du singe et des microcéphales).

2° *La pauvreté de la zone corticale.* Tandis que dans trois cerveaux quelconques, la couche corticale est de 2,57 millim., que sur trois idiots pris au hasard elle ne s'abaisse qu'à 2,34 millim., elle n'a que 2,17 millim. d'épaisseur dans le cas présent.

Le fait constaté, trouvons-en la pathogénie? Comment peut se produire une pareille localisation anatomo-pathologique? Le Dr J. se rallie à l'opinion de Gustav Josef pour qui le rétrécissement du canal carotidien détermine une diminution de calibre des artères contenues et entraîne une insuffisance de circulation collatérale qui vient alors entraver le développement cérébral. L'ischémie carotidienne est démontrée par les injections de Rohon (*Arbeit. des zoolog. Instit. zu Wien.*, t. II); des mensurations comparatives établissent l'exiguité des trajets osseux de la microcéphalie qui nous occupe; serait-il rationnel, alors que le crâne et le cerveau envisagés sont loin du retour à l'atavisme (théorie de Vogt), quand on ne constate ni soudure prématurée des sutures (théorie de Virchow), ni aucune trace de lésions encéphaliques récentes ou anciennes (Stark), ni les conditions de la pression intra-utérine anormale (Klebs), de ne pas établir un *rapport de cause à effet entre la malformation vasculaire et l'hypotrophie cellulaire du cerveau?* Quant à l'origine de la malformation vasculaire, M. J. la relègue parmi les genèses inconnues des anomalies vasculaires. P. K.

II. Sur le nouveau mode d'interdiction des aliénés en Allemagne; par Spinola. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, 1880.)

Au premier octobre de l'année 1880 entrait en vigueur dans les Etats allemands un nouveau procédé juridique à suivre pour déclarer en état d'aliénation (*démence* du Code francais) et frapper d'interdiction légale les aliénés. Il s'agit en réalité simplement de la substitution d'un mécanisme à un autre, et à cet égard, nous le recommanderons à ceux qui seraient en quête de réformes quant à la législation des aliénés. Comme sa description suppose l'exposé préalable du fonctionnement adopté jusque-là et la connaissance exacte des diverses juridictions administratives ou autres d'outre-Rhin dans leurs délimitations respectives, nous nous bornerons à le mentionner ici à titre de document, nous réservant d'y revenir plus tard au sujet de toute question de droit qui en nécessiterait l'exposé détaillé. P. K.

III. Cas de malformation cérébrale; par le Dr L. Wille. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, 1880.)

L'enfant dont il s'agit, venu au monde en état de microcéphalie, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le détail des men-

surations crânio-faciales relatées au cours de l'observation, présentait aussi un bec-de-lièvre supérieur médian compliqué de gueule-de-loup. Les difficultés qu'offrait de ce fait sa nutrition, la perte croissante de l'appétit qu'il manifesta et bientôt de violentes convulsions suivies d'agitation, de dyspnée, d'œdème entraînèrent sa mort à l'âge de vingt-deux jours, au milieu d'une émaciation et d'une déchéance pondérale progressives, la température s'abaissant entre 32° et 30°,5 c. La grossesse, sauf une frayeur violente dès le début, aurait affecté une marche normale.

La nécropsie démontre : de l'anémie de tous les organes, de l'œdème pulmonaire, de petits foyers de pneumonie dans les deux poumons, une absence totale de fontanelles (bords osseux au contact à leur niveau), des adhérences solides et même ossifiées entre les sutures, un défaut complet de prolongements dure-mériens dans la masse nerveuse (ni faux cérébrale, ni tente du cervelet). Dépourvue de lame criblée, d'apophyse crista-galli, de crête frontale, la cavité crânienne, dont la crête occipitale interne n'existe pour ainsi dire pas, et qui manque de protubérance occipitale autant que des crêtes qui y aboutissent, se décompose, à proprement parler, en deux fosses inférieures presque d'égal diamètre, situées l'une en avant, l'autre en arrière. La selle turcique qui les sépare, très peu profonde, est quasi plate à raison de l'imperfection des apophyses clinoïdes antérieures et postérieures.

Les grosses malformations cérébrales qui correspondent aux anomalies osseuses précédentes portent sur les hémisphères, dont l'ensemble amoindri, arrêté dans son évolution, n'est le siège d'aucune division longitudinale ou transverse. La convexité n'est point séparée en lobes. La base seule décèle un lobe postérieur et un lobe antérieur. Les caractères frappants de la circonvolution d'hippocampe et de la circonvolution en crochet indiquent l'individualité du lobe postérieur ; c'est le lobe temporal, et, par conséquent, le sillon qui le limite en avant représente la scissure de Sylvius, la substance nerveuse en deçà ou au delà de celle-ci devant être considérée comme l'embryon des circonvolutions frontale et pariétale. L'absence de sillon de Rolando ne permet pas au surplus de se rendre compte du degré d'atrésie des deux régions. Le lobe olfactif manque totalement ; il est remplacé par une profonde dépression en avant du chiasma ; même enfoncement au niveau d'un

ruban de substance blanche qui précède la couche optique sur le plancher ventriculaire. Nulle trace de lobe occipital. Il n'existe ni corps calleux, ni commissure antérieure, ni cloison transparente, un seul ventricule. La place du ventricule moyen est marquée par une fente médiane dont les bords sont immédiatement adjacents. Un bourrelet caudiforme, paraissant bien distinct de la couche optique soudée inférieurement, tient lieu de corps strié ; en arrière un autre renflement arrondi décrit une courbe inféro-antérieure, donnant la sensation d'une corne d'Ammon absente. Cette opinion est d'autant plus légitime que ce rudiment d'organe rejoint par une de ses extrémités le trousseau de fibres nerveuses (cité *supra*), sur le bord postérieur des hémisphères. Mentionnons enfin une différence de volume entre la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux et la paire postérieure, tout au profit de la première, une prédominance anormale du vermis cérébelleux, comparé aux dimensions des hémisphères cérébraux, une réduction peu prononcée des pédoncules du cerveau et du pont de Varole alors que les corps restiformes et les olives dépassent par leur masse les pyramides.

Rapprochant le détail des altérations osseuses et nerveuses de la conservation intégrale de l'appareil oculaire et du nez, le Dr Wille se rattache à la dénomination de *cébocéphale* (classif. d'Isid.-Geoffroy Saint-Hilaire). La vésicule des hémisphères une fois sortie de la vésicule cérébrale antérieure (sens de Virchow) n'a pas subi dans le cas présent la division anatomique, qui normalement résulte de la pénétration de la dure-mère dans son intérieur. Cette uniformité s'est par suite opposée à la production de tous les organes du cerveau et du crâne qui émanent des hémisphères (absence de cloison transparente, de corps calleux, etc.), et réciproquement leur défaut a nui à la genèse de ceux des éléments qui à leur tour en dépendent ; telle l'absence de lobes occipitaux causée par celle du corps calleux (Reichert). L'époque à laquelle s'est produit cet arrêt de développement, indiquée par le rapprochement entre l'état à peu près parfait des organes visuels et le manque de lobes olfactifs (quatrième à sixième semaine après la fécondation), entraîne aussi à tenir compte dans une certaine mesure de la synostose prématurée. Celle-ci bientôt effectuée par des troubles collatéraux dans le feuillet du blastoderme aurait contribué, de concert avec une hydropisie ventriculaire fatale,

signalée en de pareilles conditions (Dareste), à arrêter l'évolution des régions cérébrales internes (paroi postérieure de la vésicule des hémisphères et trigone) par compression. L'auteur rejette en conséquence l'origine atavique et la pathogénie encéphalitique de semblables perturbations; les émotions maternelles, si tant est qu'elles doivent être incriminées, agiraient, pour lui, en modifiant la pression intra-utérine et vasculaire de l'embryon et provoquant ainsi des déviations dans l'activité histogénétique (expériences de Dareste). Dans l'espèce d'ailleurs, ni hérédité, ni malformations du cœur ou des gros vaisseaux. Il ne faudrait imputer la mort du monstre qu'aux difficultés de l'alimenter provenant du bec-de-lièvre et de la gueule-de-loup; de là, les phénomènes généraux, les symptômes d'anémie cérébrale, l'hypothermie, la pneumonie lobulaire. Une observation récente de Turner *(Journal of Anatomy and Physiology*, XII, 2, 1878) démontre en effet qu'une cyclope privée de corps calleux, de trigone, de cloison transparente, de commissure antérieure et postérieure, et présentant en leur lieu et place une grande cavité intérieure remplie de liquide cérébro-spinal, a pu vivre, sans autre affection que de l'idiotie, jusqu'à l'âge de vingt-trois ans. P. K.

IV. INFLUENCE DE NOTRE CIVILISATION PRÉSENTE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES ; par J.-S. JEWELL. (*Journ. of nervous and mental disease*, janv. 1881, p. 1.)

L'auteur développe ce thème bien connu que le développement des maladies du système nerveux est en rapport direct avec le progrès de la civilisation. Il montre l'influence du surménage intellectuel des enfants dans les écoles, se produisant surtout chez les jeunes filles par l'épuisement général du système nerveux et en particulier du cerveau par les mélancolies, l'hystérie, les congestions cérébrales, les insomnies, les névralgies, etc. Dans le commerce, aussi bien que dans les différentes professions libérales, l'attention et l'effort quotidien, continu, dépassent les forces individuelles. L'usage et l'abus de l'alcool, du café et du thé aggrave encore l'excitation nerveuse et par suite l'épuisement rapide. La transmission héréditaire aux enfants de la faiblesse nerveuse acquise par les parents est une cause générale nouvelle qui perpétue et multiplie le nombre des maladies mentales. C. T.

V. Des psychoses dans l'ergotisme; par Fritz Siemens. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, t. XI.)

Ce mémoire, rédigé à l'occasion d'une épidémie d'ergotisme ayant sévi à l'automne, aussitôt après la récolte des seigles, sur une douzaine de villages (2,500 habitants), relate deux séries d'observations. Les unes empruntées en partie au Dr Heinemann sont caractérisées par des manifestations délirantes pures. Telle une femme de trente ans, indemne de tout antécédent psychique, traumatique ou héréditaire, qui, à la suite des symptômes typiques de l'intoxication, est prise de *folie systématique religieuse* accompagnée d'impulsions génésiques et d'hallucinations de la vue. Deux autres faits concernant une jeune fille et une femme consistèrent, dans le premier cas, en de la *mélancolie;* chez la seconde, en de l'*hébétude compliquée d'accès maniaques.* La guérison demanda trois mois pour le premier exemple, un mois pour les deux autres. Un garçon de 6 ans, qui guérit également, fut atteint, au cours de l'ergotisme, d'*hydrophobie* pendant deux jours. — Une seconde catégorie d'observations a trait également à des individus auparavant bien portants et sans prédisposition névropathique ou héréditaire; l'obtusion profonde du sensorium, l'affaiblissement général de toutes les fonctions psychiques, l'apparition de convulsions épileptiformes permettent de les ranger sous le diagnostic commun de forme *stuporo-épileptique* d'ergotisme spasmodique épidémique. Relevons parmi les symptômes, l'apparence cachectique et misérable, la persistance des réflexes cutanés et, par contraste, l'absence de réflexes tendineux (ne reparaissant que bien après le retour des fonctions nerveuses), des accès d'épilepsie complets (myosis et inertie pupillaire au début — mydriase dans leur seconde moitié et généralement aussi dans l'intervalle), l'hypérémie papillaire (un cas mortel), quelquefois des troubles de la sensibilité (tensions, élancements, démangeaisons), de la contracture des fléchisseurs (griffe), de l'analgésie accompagnée d'ataxie (signe de Romberg), de l'hésitation de la parole avec bredouillement Un seul exemple de gangrène circonscrite à un doigt. Intégrité de deux femmes jadis aliénées, au milieu de cette épidémie. La suppression des règles notée dès les premiers stades prouve, au sens du Dr S.., qu'une telle manifestation est non la cause, mais l'effet des psychoses en général (mélancolies graves, démences paralytiques) et le signe

d'une profonde perturbation nerveuse. L'analyse psychique met en évidence au début : vertiges, étourdissements, voire céphalalgies, angoisse précordiale — bientôt de l'agitation maniaque inconsciente, laissant derrière elle de l'amnésie accompagnée d'hallucinations visuelles et auditives (un fait) ; — enfin de l'hébétude persistante, avec mutisme, méconnaissance, stupidité parfois accompagnée de conceptions enracinées et de réponses stéréotypées (forme de mélancolie hypocondriaque) ; un cas ayant présenté pendant quelques jours le tableau de la démence paralytique. Intégrité de la santé générale, courbes sphygmiques comme dans l'épilepsie vraie ; à la suite des accès, abaissement de la tension et dicrotisme prononcé. Le poids du corps décroît au moment de l'accès des manifestations nerveuses. A part deux cas de mort soudaine, guérison. Les deux nécropsies démontrent, en un cas, de la congestion cérébrale et de la réplétion des vaisseaux méningés ; dans l'autre de la congestion et du ramollissement des hémisphères cérébraux, des macules d'hypérémie et des ecchymoses dans les noyaux lenticulaires et les couches optiques ; tout le long de la moelle, prolifération cellulo-granuleuse localisée, surtout aux cordons postérieurs, à l'exclusion des faisceaux de Goll, mais atteignant principalement les racines postérieures dans la région lombaire.

En résumé, les onze cas traités à l'asile (six hommes et cinq femmes de onze à cinquante ans) offrent, pour l'auteur, tous les attributs d'une intoxication cérébrale ; angoisse extrême des prodromes, marche impétueuse, hallucinations, états extatiques, justifieraient la comparaison avec les effets de l'opium, du haschisch ou de l'atropine, d'autant qu'il existait des vertiges. L'immédiate succession des vésanies aux symptômes ergotiques, la disparition des troubles nerveux périphériques avant l'explosion des psychoses, les allures normales du pouls en dehors des accès d'épilepsie malgré les autres perturbations neuropsychiques servent de base au Dr Siemens pour affirmer la pathogénie des phénomènes psycho-médullaires par *transfert lent du poison de la périphérie aux centres.* Les autopsies en indiqueraient le substratum anatomique, l'évolution témoignant en même temps de la guérison des lésions ; c'est à la suite de leur résolution que l'épilepsie et l'ataxie disparaîtraient, le phénomène du genou revenant. Quant à déterminer le principe de l'ergot qui agirait spécialement en pareille occurrence, et la part qui doit incomber

aux mauvaises conditions climatériques et hygiéniques, ce sont autant de questions à étudier. De fait, pronostic favorable, médication tout entière dans les toniques et les fortifiants (K. Br. à la dose de 6 gr. par-jour est resté sans effet).

L'enseignement de police sanitaire que M. S... croit devoir tirer de sa description, c'est qu'il serait très facile à l'État d'échanger, par décret, aux producteurs, leur grain infesté contre de bon seigle et d'enjoindre simultanément aux meuniers de ne moudre ou rendre aux particuliers aucune semence malade. Cette marchandise accaparée par l'État serait affectée sur-le-champ au commerce pharmaceutique. P. K.

VI. Le procès Laros au point de vue psychologique; par Édouard-C. Mann. (*The Journal of Psychological medicine and mental Pathology*. New series, vol. VI, part. 2, p. 222.)

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, nommé Allen Laros qui fut arrêté et passa en jugement pour avoir le 31 mai 1876, empoisonné avec de l'arsenic son père, sa mère, ses frères et sœurs et un commensal habituel de la maison; ses frères et sœurs furent seuls sauvés; les trois autres personnes moururent. Le crime n'avait aucun mobile apparent. L'enquête et les efforts de la défense établirent les faits suivants : il y avait dans la famille de l'inculpé des faits antécédents d'aliénation mentale et d'affections nerveuses, remontant à plusieurs générations. Lui-même, qui était de mœurs douces et régulières, était depuis plus de quatre ans sujet à des attaques d'épilepsie, qui avaient été presque quotidiennes durant les trois semaines qui avaient précédé le crime. Il fut prouvé que des accidents convulsifs étaient survenus chez Laros le samedi, le dimanche, le lundi, le mardi (jour de l'achat du poison) et enfin le mercredi, jour du crime ; ces accidents s'étaient en outre reproduits le lendemain (jeudi) et le surlendemain (vendredi); la durée des symptômes convulsifs variait de quelques minutes à plusieurs heures pendant lesquelles il était inconscient et insensible, et à la suite desquelles son esprit restait obscurci : ces derniers faits furent scientifiquement constatés pendant la détention de l'inculpé, durant laquelle les crises reparurent encore : les experts se mirent à l'abri de toute cause d'erreur sur ce point, prenant en particulier contre une simulation possible les

précautions les mieux conçues. L'expert du tribunal, le Dr Curwen déclare cependant qu'en l'absence de l'écume des lèvres, du gonflement des veines du cou et de la lividité de la face, qu'il considérait comme des symptômes essentiels, l'authenticité de l'épilepsie était contestable : réinterrogé, il finit par admettre que ces signes pouvaient manquer dans l'épilepsie vraie. — L'accusé fut condamné à mort.

Appel ayant été fait, de nouveaux experts furent commis, et après des travaux qui durèrent un mois, déposèrent un rapport dans lequel, à l'unanimité, ils concluaient à l'épilepsie et à l'irresponsabilité. L'accusé fut en conséquence interné dans un asile, d'où il s'échappa au bout de deux ans; il fut repris, ou plutôt se constitua prisonnier, et demanda à être renvoyé chez lui pour y être pendu, ne voulant pas retourner à l'asile; il y fut néanmoins réintégré, mais, six mois plus tard, il s'évada de nouveau; on ignore ce qu'il est devenu.

Les deux points sur lesquels l'auteur insiste le plus, en dehors des faits même du procès, sont les suivants : 1° les troubles des facultés intellectuelles et affectives, manifestés immédiatement après les paroxysmes, peuvent persister pendant la plus grande partie de l'intervalle qui sépare les crises; — 2° on peut observer des attaques épileptiformes avortées, sans convulsions, sans perte complète de connaissance, sortes de vertiges durant lesquels le malade peut subitement se livrer à des actes de violence dont il n'a ni la conscience, au moment même, ni plus tard, le souvenir.

R. de M. C.

VII. Amélioration marquée chez un paralytique général, a la suite d'un anthrax grave; par Geo-H. Savage. (*The Journal of mental Science*, n° de janvier 1881, p. 566.)

Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui présentait, lors de son entrée à l'asile, la plupart des symptômes de la paralysie générale, et qui ne tarda pas à les présenter tous : idées de grandeur, agitation, inégalité pupillaire, embarras et lenteur de la parole, tremblement de la langue et des lèvres, etc. Sur ces entrefaites, le malade fut pris d'un anthrax à la nuque, qui devint rapidement très volumineux et envahit profondément les tissus (pas de glycosurie). Pendant la guérison de l'anthrax on put remarquer une amélioration considérable de l'état intellectuel, et en particulier de la mémoire : cette amélioration

s'accusa de plus en plus pendant trois mois et demi au bout desquels le malade fut rendu à sa famille. Depuis ce moment, il continue à y avoir chez lui un peu d'inégalité pupillaire, une certaine hésitation de la parole, et du tremblement des yeux et de la langue, mais l'amélioration intellectuelle a persisté.

R. DE M. C.

VIII. DÉMENCE AIGUE CHEZ UNE JEUNE FEMME. — MORT PAR PHTHISIE PULMONAIRE, DEUX ANS PLUS TARD, SANS GUÉRISON DE LA MALADIE MENTALE; par G. MACKENSIE BACON. (*The Journal of mental Science*, nº de janvier 1881, p. 554.)

Les cas de démence aiguë paraissant toujours participer plus ou moins de l'hystérie, on croit volontiers qu'ils se terminent presque nécessairement par la guérison ; l'observation suivante, intéressante surtout par ses phases variées, vient à l'appui d'une manière de voir tout opposée. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, sans antécédents héréditaires, de constitution faible, très malheureuse dans sa famille, présentant depuis quinze jours des troubles intellectuels, et qui avait été internée dans un asile après s'être présentée à dix heures du soir, par une pluie battante, au presbytère de sa paroisse, entièrement nue et en se donnant pour la vierge Marie. Très excitée à son entrée, elle fut calmée par une douche, bientôt suivie d'accidents hystériformes. Bientôt elle refuse de manger et se livre à des actes violents sur une infirmière; après une semaine d'alimentation artificielle, elle mange et parle un peu. L'amélioration continue, mais bientôt elle retombe plus bas; il faut l'habiller, la faire marcher, l'alimenter avec la sonde. Plus tard encore, elle va mieux, paraît plus intelligente, mais ne veut pas parler. Six mois plus tard, amélioration progressive, sauf en ce qui touche la conversation. Enfin (deux ans après son admission), aggravation, retour à l'alimentation artificielle, refus de parler, même à sa mère. Elle ne tousse pas, mais elle a l'aspect des phthisiques. Elle va de plus en plus mal, et meurt sept mois après de gangrène pulmonaire, sans que, durant ce temps, ni à l'approche de la mort, on ait constaté le moindre réveil intellectuel. — Pas d'autopsie. R. DE M. C.

IX. Note sur quelques cas observés a l'asile des aliénés de Ceylan; par J.-W. Plaxton. (*The Journal of mental Science*, n° de janvier 1881, p. 559.)

L'auteur, en prenant la direction de l'asile de Ceylan, a d'abord été très étonné de ne pas trouver dans l'établissement un seul cas de paralysie générale; depuis ce moment, il a pu observer trois malades qu'il est porté à considérer comme paralytiques. Tous trois sont morts après un court séjour. L'un des malades étant mahométan, deux autopsies seulement ont été faites.

Dans les trois cas, il y a eu simultanément affaiblissement musculaire et affaiblissement intellectuel. Pendant la vie, il y a eu démence simple, et finalement idiotie dans un cas, et, dans les deux autres, excitation continuelle. Des deux derniers malades, l'un était encore sensible au stimulus des impressions externes, l'autre ne l'était plus.

Les deux autopsies ont montré dans le cerveau des points de sclérose miliaire, surtout dans la substance blanche. Dans un cas, il y avait de la pachyméningite, avec un hématome; d'autre part, le cerveau ne présentait pas les caractères de la paralysie générale; dans le second cas, au contraire, on trouva un cerveau type de paralytique. — A défaut de l'autopsie, les symptômes, dans le troisième cas, ne laissent pas de doute sur le diagnostic. Au point de vue étiologique, on sait que l'un des malades était un buveur, un autre un fumeur de haschisch; sur le troisième, il n'y a pas de renseignements.

R. de M. C.

X. Hypnosis redivivus; par D. Hack Tuke. (*The Journal of mental Science*, janvier 1881, p. 531.)

On sait que les recherches de Braid sur l'hypnotisme n'eurent, il y a près d'un demi-siècle, d'autre résultat apparent que de causer à leur auteur les plus amers déboires. La foule de ceux que les faits nouveaux impatientent — parce qu'ils troublent leur sereine somnolence scientifique — eut bientôt fait d'accabler sous les arguments *a priori* la doctrine du novateur : quant à la vérifier, il n'en fut pas question. Tel était l'état des choses en Angleterre, en 1842, relativement au braidisme. En 1880, la « British Medical Association » invi-

tait le professeur Preyer (d'Iéna) à faire une conférence sur l'hypnotisme et la neuro-hypnologie, et à éclairer l'Angleterre sur les travaux de l'Anglais Braid.

C'est l'histoire de ce revirement, tout en faveur de Braid, et qui ne remonte pas à une date bien éloignée, que M. Hack Tuke s'est proposé de tracer d'une façon sommaire. Il rappelle les expériences de MM. Charcot, Preyer, Heidenhain, Lépine, et les siennes propres. Sans doute, l'hypnotisme n'a pas justifié, jusqu'ici, la confiance que Braid — en se basant sur les résultats obtenus — plaçait dans son avenir thérapeutique; mais s'il ne réalise pas, au point de vue curatif, les brillantes espérances qu'on a entretenues au début, et qu'il n'est pas interdit d'entretenir encore, il fournit du moins à la psychologie et à la physiologie cérébrale une précieuse méthode d'investigation.

Le principal mérite de Braid, dit, en se résumant, M. Hack Tuke, a consisté à démontrer :

1° Que le sommeil ou coma mesmérique, la rigidité musculaire et la catalepsie, l'anesthésie, l'analgésie, les hallucinations et les illusions qui surviennent daus le cours de ce sommeil anormal, sont des phénomènes réels et non simulés;

2° Que ces phénomènes peuvent être provoqués dans des conditions telles, que, pour les expliquer, il n'est nécessaire de recourir ni à la présence d'un fluide magnétique, ni même d'une influence ou force matérielle quelconque passant de l'opération au sujet;

3° Que ces phénomènes sont, au contraire, le résultat de l'action individuelle, de la concentration de l'attention sur un objet à l'exclusion de tous les autres, aidée de la tension des muscles oculaires en haut et en dedans;

4° Que la suggestion joue un rôle remarquable dans le courant des pensées ou des idées qui sont excitées dans l'esprit du sujet par l'intermédiaire soit des muscles, soit des paroles;

5° Que des changements d'une rapidité remarquable peuvent être provoqués dans la circulation et l'innervation de la région, et, qu'à l'aide de ces changements, on peut arriver à un mode de traitement, non pas magnétique, mais relevant de principes physiologiques connus. R. de M. C.

XI. Trépanation du crane chez un aliéné (dix-neuf mois après un coup sur la tête). — Guérison complète; par G. Mackensie Bacon. (*The Journal of mental Science*, n° de janvier 1881, p. 551.)

L'observation de ce malade peut se résumer de la façon suivante : homme de trente-huit ans, d'une santé ordinaire : en août 1878, il reçoit sur la tête un marteau tombé d'une hauteur d'environ six pieds : pas de perte de connaissance; pas de symptômes graves immédiats; cependant le malade se ressent toujours du traumatisme. Vers janvier 1879, étourdissements, fourmillements et engourdissement dans les jambes; en octobre 1879, bruits anormaux dans les oreilles, douleurs dans la tête, les bras et les jambes; en décembre, irritabilité, tristesse, idées de suicide, insomnie, pupilles inégales (la gauche dilatée); le malade porte souvent la main à la cicatrice laissée par le coup. Le 1er janvier 1880, deux tentatives de suicide, à la suite desquelles il est interné dans un asile : là, il se plaint d'être nerveux, de ne pouvoir résister à des impulsions subites; il est agité, ne dort pas; il se plaint toujours de la tête : il y a sur le pariétal gauche une légère dépression.

Dans ces conditions, la trépanation fut proposée par l'auteur, et adoptée et exécutée par l'un des chirurgiens de l'hôpital de Cambridge, M. Wherry; un petit fragment du pariétal, mesurant environ les trois quarts d'un pouce, fut enlevé au point qui avait été le siège de la lésion. La portion d'os enlevée n'était pas fracturée; la dure-mère était violacée, mais paraissait saine. La plaie guérit rapidement et parfaitement. L'opération avait été faite le 12 mars : le 28 juin, le malade put sortir et reprendre son travail habituel, qu'il n'a pas cessé depuis.

Bien que l'opération n'ait pas révélé la cause d'irritation cérébrale que l'on supposait exister, et que l'on se proposait de supprimer, il n'en est pas moins vrai — et ce point est plus digne de remarque que facile à expliquer — que l'apparition des symptômes a eu pour point de départ le traumatisme, et que leur disparition a eu pour point de départ l'opération. Il ne paraît donc pas excessif d'attribuer à celle-ci une part importante dans la guérison. R. de M. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 novembre 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LUYS.

Suite de la discussion sur les aliénés criminels. — M. CHRISTIAN, se plaçant sur le terrain clinique, ne veut pas revenir sur les objections qui ont été déjà soulevées contre la construction d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels, car M. Falret, dans une magistrale communication faite en 1866 sur cette question qui n'est pas nouvelle, a fourni déjà de nombreux arguments contre cette proposition. Il veut seulement démontrer que l'asile de Broadmoore n'est pas, comme paraît le penser M. Motet, la preuve la plus éclatante de l'utilité de ce système qui a prévalu en Angleterre et qu'on voulait introduire en France.

M. CHRISTIAN repousse ensuite la qualification de criminel qu'on applique à certains malades : au point de vue du Code, en effet, le crime ne peut exister pour l'aliéné ; il ne doit donc être question ici que de malades plus ou moins dangereux, comme peuvent l'être à un moment donné tous les aliénés, qui fort heureusement ne sont pas toujours jusqu'à la réalisation de l'acte dont ils sont capables.

En se plaçant à un autre point de vue, ne voit on pas d'ailleurs dans la statistique de Broadmoore la condamnation même de ce projet. En effet, pour peupler cet asile, on a dû y enfermer des aliénés dits *criminels* qui avaient commis des vols d'objets dont la valeur ne dépassait pas 12 *pence*, ou bien encore les déments ou les paralytiques généraux ayant accompli un de ces actes délictueux, mais à vrai dire insignifiants, qui leur sont habituels.

Nos adversaires trouvent, dit M. Christian, que mélanger ces sortes d'aliénés aux aliénés ordinaires, c'est blesser la famille de ces derniers dans ses sentiments les plus honorables. Mais la pratique nous apprend que les familles, loin de raisonner ainsi, pensent tout autrement et s'estiment au contraire beaucoup trop heureuses que leurs malades n'ait commis aucun acte délictueux, pour aller reprocher d'être criminel à ceux moins surveilllés qui le

sont devenus, et à plus forte raison pour songer à se plaindre de leur voisinage. Tous les aliénés quels qu'ils soient peuvent trouver place dans nos asiles, et c'est au médecin seul qu'il appartient de déterminer les soins et la surveillance nécessaires à chacun d'eux.

Examinant ensuite un autre côté de la question, M. Christian passe en revue un certain nombre de malades qui, rendus à la liberté après un premier crime, en ont commis un second, et se demande s'il ne serait pas bon de conserver pour toujours à l'asile tout individu qui dans un accès de délire aurait commis un homicide, ou tout au moins d'entourer la sortie de semblables malades de garanties spéciales, à déterminer, à la condition toutefois, qu'on le traitera toujours avec les aliénés ordinaires.

M. Motet. — Je n'éprouve aucun embarras à être de l'avis de M. Christian au point de vue clinique, mais en me plaçant comme le fait le magistrat au point de vue social, je ne puis en bonne conscience considérer un aliéné qui a commis un crime comme un aliéné ordinaire. En général, tout homme qui commet une offense contre les lois de son pays doit compte de cette offense. S'il est irresponsable de son acte, il ne doit pas être puni, mais il doit être mis dans l'impossibilité de nuire sans cependant être assimilé aux malades inoffensifs.

Je voudrais aussi que le médecin de province qui actuellement reçoit ses malades de Paris, par convoi de 20 ou 30, ne soit pas exposé à recevoir parmi eux des aliénés homicides qu'il pourrait méconnaître; d'autre part, je crois qu'il faut conserver à nos asiles leur caractère, faire tomber les murs, si c'est possible, sans cependant pour cela négliger de sauvegarder les intérêts de la société.

Pour arriver à ce résultat, il suffirait d'une modification bien simple de la loi de 1838 : décider que les aliénés criminels ne seront plus à la charge de la commune, mais bien à celle de l'Etat, et construire près des prisons des annexes destinées à recevoir ces catégories de malades, ou bien encore créer un asile d'Etat central; car s'il est admis que ces individus seront à la charge de l'Etat, il deviendra difficile de les faire soigner dans des établissements départementaux. Comment d'ailleurs le médecin ferait-il pour conserver ces malades qui, pouvant être guéris de leur délire, exigent leur sortie et commettent ensuite de nouveaux crimes ?

M. Christian. — Il me semble que dans un asile on peut prendre des précautions suffisantes pour ne pas rendre inopinément à la liberté un de ces êtres malfaisants; l'Etat pourrait, par exemple, les maintenir à l'asile sans demander l'avis du médecin, qui lui-même n'a en général a répondre que ceci : Il est guéri de son accès, mais rien ne me prouve qu'il n'aura pas un autre

accès. Je m'appuie pour condamner la création d'un asile central sur ce fait, qu'à Broadmoore, on trouve des malades ayant volé des objets insignifiants, d'autres ayant commis un crime de lèse-majesté, un autre ayant dérobé un cheval.

M. Lunier. — Il y a un contraste absolu entre les prémisses et les conclusions de M. Christian ; il pense que ces deux mots aliénés et criminels jurent de se trouver réunis, et malgré cela il n'est pas éloigné d'admettre qu'on les détienne pendant presque toute leur vie. J'accepte cependant sa conclusion et je lui dirai alors que c'est aller à l'encontre des progrès qu'on tente d'introduire dans les asiles, que de vouloir y mettre les criminels. Si l'on crée au contraire un asile d'État, avec les criminels on pourrait y mettre tous ces malades qui sont un danger pormanent pour le personnel ; j'ajouterai d'ailleurs qu'au point de vue théorique je ne puis partager l'opinion de MM. Christian et Motet, quand ils pensent qu'il n'y a aucune différence entre celui qui a commis un crime et l'aliéné simple ; je crois au contraire que la différence est grande, car ce sont en général les incurables qui deviennent dangereux.

Il est bien entendu que je laisse de côté les individus devenus aliénés après leur entrée en prison, bien que dans plusieurs cas leur délire soit antérieur à l'acte qni a maintenu la condamnation, mais il serait trop difficile d'en faire le triage. Je crois donc qu'on doit continuer à les mettre comme on le fait actuellement, à la prison de Gaillon.

M. Christian. — Vous confondez les aliénés criminels avec les aliénés dangereux. Chacun de nous a dans son service un certain nombre de malades dont il ne serait pas fâché de se débarrasser ; mais alors si ce sont eux que vous voulez mettre dans votre nouvel établissement, il ne tardera pas à être rempli ; de plus, tel qui profère aujourd'hui des menaces de mort contre le médecin ou le personnel et deviendrait même réellement dangereux, s'il n'était surveillé, sera calme et inoffensif demain. L'enverrez-vous à l'asile central ?

M. Motet. — Presque tous nos malades en sont là. Il est évident qu'on ne devrait mettre dans cet asile d'État, que les individus exceptionnellement dangereux, dont beaucoup n'ont pas commis de meurtre, uniquement parce qu'ils n'en ont pas trouvé l'occasion.

M. Foville. — Il résulte pour moi de cette discussion un fait certain, c'est que le médecin est souvent très embarrassé et se trouve obligé de trancher des questions fort délicates, quand il s'agit de rendre à la liberté un homme ayant déjà tué un autre et qui pourra recommencer. C'est cette responsabilité que je voudrais faire cesser en mettant les aliénés criminels dans un asile spécial.



Je dois cependant avouer que l'article 39 la loi de 1838 nous offre un moyen de tourner cette difficulté, moyen auquel j'ai déjà eu recours un certain nombre de fois. Voici comment :

Pour qu'un aliéné sorte de l'asile, il faut que le médecin le déclare guéri ; quand celui-ci ne croit pas devoir faire cette déclaration à cause de la crainte d'une rechute qui pourrait s'accompagner d'un nouveau crime, il n'a qu'à engager le malade à demander sa sortie au tribunal qui statuera alors par un arrêt non motivé, et dégagera la responsabilité du médecin. Je crois que, loin de craindre l'intervention du tribunal, nous devons la provoquer le plus souvent possible. J'avais autrefois dans mon service à Quatre-Mares un homme qui avait commis un meurtre ; après quelque temps, il ne présentait plus aucun délire et demandait sa sortie avec insistance. Je l'ai adressé au tribunal qui plusieurs années de suite le remit à l'année suivante ; enfin, un jour, la mise en liberté fut ordonnée par un arrêt, et quelques jours après cet homme frappait sa sœur de douze coups de couteau. Depuis le tribunal a toujours été très circonspect et, maintenant, il est de tradition, au tribunal de Rouen, qu'avant de prendre un arrêt, on doit tenir le plus grand compte de l'opinion du médecin.

M. Dally demande qu'on nomme une commission chargée de recueillir toutes les observations d'aliénés qui, mis en liberté après un premier crime, en auraient commis ou tenté de commettre un second.

M. Falret pense qu'on doit attendre la fin de la discussion pour étudier cette proposition. M. B.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

Séance du 10 janvier 1881. — Présidence de M. Westphal.

Le bureau est renommé par acclamation pour l'année 1881.

M. Senator ouvre la séance par la communication annoncée sur *un cas d'apoplexie bulbaire avec paralysie croisée de la sensibilité* [1].

Il s'agissait effectivement, ainsi qu'en témoignent les dessins et les préparations soumises à l'examen de la Société, d'un foyer de ramollissement dans la moitié externe gauche de la partie posté-

[1] Voir les *Archives de Neurologie*, aux Revues analytiques.

rieure et inférieure de la moelle allongée, conformément au diagnostic porté. C'est une thrombose qui a déterminé cette lésion dans le domaine du corps restiforme gauche.

Discussion :

M. KRONECKER demande comment se comportait la respiration. A quoi M. Senator répond qu'en dehors d'un emphysème sénile et de ses attributs symptomatiques, il ne se passait rien d'anormal.

M. REMAK, rappelant le cas décrit par lui dans la séance de novembre (hémianesthésie analogue à la paralysie alterne de Gubler du facial et des extrémités) qu'il considère comme en rapport avec une lésion de la protubérance (travail de Couty dans la *Gazette hebdomadaire* de 1877 et 78), fait ressortir les différenciations cliniques de ces deux observations. Elles ont de commun l'hémianesthésie croisée limitée à la face par le bord du maxillaire inférieur. Chez son malade il n'y avait ni dysphagie, ni dyspnée, ni fréquence exagérée du pouls; mais on notait une kératite neuro-paralytique, une parésie du facial gauche. Appuyant sur le myosis et la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur droit, M. Remak insiste sur la valeur de cette paralysie partielle en faveur d'une lésion nucléaire de la moelle allongée.

Au cours de la discussion, à laquelle prennent part MM. Moeli, Wernicke et Bernhardt, M. Wernicke expose méthodiquement les rapports anatomiques qu'affecte la région en question avec la moelle allongée (trajets des fibres nerveuses).

Séance du 14 mars 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

M. BERNHARDT décrit un *cas d'hémiathétose* chez une jeune fille de vingt ans. Le principal intérêt de cette observation réside dans la marche de la maladie, l'affection se présentant au début (il y a trois ans) sous la forme d'*hémichorée posthémiplégique*. C'est graduellement qu'elle se transforma, en quelques mois, en hémiathétose, laquelle persista exactement avec les mêmes caractères qu'elle revêt aujourd'hui. Par conséquent, concurremment avec la première publication faite par l'orateur sur ce sujet (Virchow's, arch. t. 67), ce fait confirme l'opinion de M. Bernhardt que l'*hémiathétose doit être considérée comme une modification de l'hémichorée*.

M. BERNHARDT présente en outre deux malades, une femme de vingt-cinq ans et un homme de ving-sept, atteints, la première aux deux mains, le second à la main droite et aux doigts de l'ensemble symptomatique d'ordre vaso-moteur, désigné par les Français sous le nom d'*asphyxie locale des extrémités* [1].

[1] Nous en donnerons l'analyse dans les Revues analytiques.

A ce propos, M. Blumenthal rapporte un cas semblable qui se résume ainsi : Un homme de quarante-sept ans, indemne d'antécédents pathologiques héréditaires ou diathésiques, simplement sujet à des migraines, voit se développer en 1869 une ulcération sur le bord de la lèvre supérieure qui se prolonge jusqu'aux confins de la muqueuse. Considérée par Wilms comme un lupus, elle gagne par-ci, tandis qu'elle guérit par là, sans traces de cicatrices, et cède facilement aux médications locales. Dès lors chaque jour trois ou quatre accès de troubles vaso-moteurs, selon l'expression de M. Bernhardt, caractérisés par des taches bleues, roses, rouges, ou d'un blanc de neige, avec réfrigération glaciale des régions atteintes : ce sont les phalangettes des doigts et des orteils, les oreilles, le nez, les lèvres ; au bout de cinq à six mois ces manifestations gagnent la deuxième puis la troisième phalange et durant davantage s'accompagnent de lipothymies. Induration, anesthésie, du tact, sensation permanente de froid dans les parties les premières affectées. Les doigts donnent la sensation de bougies stéariques. Intégrité des fonctions et de la santé générale. Le processus envahit bientôt symétriquement les quatre extrémités, le visage, le tronc ; sueurs profuses des téguments lésés ; durée deux ans. Pendant deux autres années, stade d'induration cutanée ; coloration sombre, jaunâtre ou bronzée ; exfoliation superficielle ; nodosités intracutanées très douloureuses, dures, semblables à des exostoses, symétriques ; en même temps douleurs articulaires dans les extrémités, le long de la colonne vertébrale, qui immobilisent le malade. La peau et le panicule adipeux s'amincissent de sorte que les téguments, très mobiles en tel endroit (thorax, abdomen) semblent en telle autre région collés sur les os (doigts, articulations, omoplate, clavicule, pieds, aponévrose crânienne). Enfin complication de l'atrophie musculaire qui fixe les mains dans l'abduction, permet à peine l'ouverture de la mâchoire, s'oppose à la marche ; langue étroite et pointue, dysphagie. Intégrité des fonctions. Une pleuro-pneumonie, de concert avec les accidents du décubitus, enlève le patient après six ans de maladie. Aucune espèce de traitement n'avait produit d'amélioration.

M. Senator mentionne avoir vu assez souvent chez des enfants atteints d'*hémiplégie spasmodique infantile* (Benedikt) des manifestations motrices ressemblant à celles de la chorée posthémiplégique. En deux cas les extrémités qui se mouvaient involontairement étaient égalemeut en proie à des raideurs tétaniformes.

Communication de M. Hirschberg touchant la *fixité pupillaire* et la *mensuration exacte de la diplopie paralytique*. Il s'agit, dit l'orateur en commençant, d'un cas-type de rigidité pupillaire *réflexe* : la pupille rétrécie ne se contracte plus sous l'excitation lumineuse tandis qu'elle répond à la provocation de l'accommoda-

tion. Ce phénomène découvert par Argyll Robertson, d'Edimbourg, (Edimbg. méd. j., 1869), contrôlé par Knapp, Leber, Wernicke, Hempel (tabes dorsal), a été l'objet de la sollicitude de M. Charcot. Sur quatre-vingt-deux cas relatifs au *tabes* et à la *paralysie progressive* (thèse de Vincent 1877), on note : absence de myosis au début du *tabes*, mais plus tard, la tendance au myosis étant fréquente, l'impression lumineuse fait disparaître la contraction pupillaire. Au bout de dix ans, pupilles immobiles, dilatées, rétrécies ou de moyenne dimension. Au début de la paralysie progressive, pupilles inégales obéissant moins à la différence d'éclairage qu'à l'accommodation. Déjà Remak, en 1864 (Berl. Klin. Wochensch. p. 396), attribue aux formes insidieuses du tabes cervical, selon sa propre expression, la réduction des pupilles au diamètre d'une tête d'épingle, ajoutant qu'à ce symptôme correspond une lésion très ancienne. En effet, les pupilles de plus de un millimètre et demi s'observent et chez des adultes indemnes de toute manifestation tabétique, et chez ceux qui tout à fait au début du tabes ne se considèrent pas comme malades. M. Hirschberg présente, à l'appui de son thème à la Société, une dame de quarante-quatre ans qui est venue le consulter simplement à raison de l'étroitesse de ses pupilles ; elle accuse des céphalalgies surtout depuis huit deuils éprouvés en très peu ce temps. Absence du phénomène du genou ; *pupilles mesurant à peine 2 millim., ne réagissant pas à l'impression lumineuse*, mais se *dilatant dès qu'on force l'œil à se mettre au punctum remotum*. Atrophie bilatérale des N. O ; elle est tout à fait au début. (Coloration blanc verdâtre du nerf) : l'œil droit lit encore les plus fins caractères, l'œil gauche, l'impression habituelle. La vision centrale est réduite à droite d'un tiers, à gauche d'un sixième ; le champ visuel et la perception des couleurs, normaux à droite, commencent à décroître à gauche. S'en référant aux opinions de Erb, Hempel, Weiss, Hughlings-Jackson, Müller de Graz, sur la fréquence relative et absolue des deux symptômes, myosis et fixité pupillaire, isolés ou concomitants dans le tabes ou la paralysie progressive, M. H... pense que l'immobilité de la pupille est due à l'interruption de cette portion de l'arc réflexe qui lie le nerf optique à l'oculo-moteur, c'est-à-dire qui est intermédiaire aux noyaux de chacun de ces nerfs (Erb, Hempel), tandis que le myosis dériverait d'une lésion du centre dilatateur de la pupille dans la moelle ou des nerfs qui en dépendent (Erb).

Le syndrome en question complet peut aussi dans le tabes s'accompagner de parésie bilatérale de l'oculo-moteur. Tels les deux exemples suivants. Un homme de cinquante-neuf ans éprouve des élancements dans les jambes, de la faiblesse des extrémités inférieures ; on observe l'absence du phénomène du genou, l'atrophie des deux N. O. avec rétrécissement du champ visuel. Diplopie ; divergence de l'œil

gauche bientôt suivie de celle de l'œil droit. Myosis excessif ; immobilité complète de la pupille à la lumière, tandis qu'elle se dilate dans la vision au loin. Bientôt amaurose totale. — L'autre fait concerne un homme de trente-six ans ayant des antécedents vénériens sinon syphilitiques (?), se plaignant de douleurs dans les membres, de céphalalgies frontales, surtout nocturnes. Il existe de l'anesthésie dans la moitié droite de la face et de la diplopie. Pas de phénomène du genou. Acuité visuelle normale ainsi que le fond de l'œil. L'hémianesthésie comprend aussi la langue, et la surface du globe oculaire. Parésie de l'oculo-moteur droit ; l'œil droit est dévié en dehors. La diplopie tient à la parésie du droit interne droit ; les autres branches de l'oculo-moteur sont peu atteintes, car la pupille de ce côté est plus étroite que l'autre : pas de réaction à la lumière, mais dilatation dès que l'œil fixe un point éloigné. L'iodure de potassium à hautes doses n'agit point, car trois mois après le malade présente une pupille droite mesurant de 1,5 à 2 millim. se dilatant du double pour la vision de loin, se contractant dans l'exercice de la vision rapprochée (accommodation normale) ; une pupille gauche de 5 millim. de diamètre se contractant bien pour la vision de près, mais restant immobile pour la vision au loin (parésie de l'accommodation) ; enfin la fixité des deux pupilles absolue à l'approche d'une source éclairante. Léger ptosis à droite ; mobilité de l'œil de ce côté limitée surtout en dedans. Les frictions mercurielles employées jusqu'au ptyalisme diminuent la divergence de l'œil droit (diplopie presque disparue), mais la parésie accommodative de l'œil gauche augmente, l'organe étant limité dans sa motilité interne. Les deux yeux arrivent à converger sur un objet placé à 12″, mais la fatigue ou la suppression physiologique de l'un d'eux entraîne la divergence rapidement ; même observation pour la vision binoculaire à distance. Quoi qu'il en soit, M. H... croit avoir affaire au groupe tabétique ; pour lui l'altération des cordons postérieurs remonterait environ jusqu'à la moelle allongée. Il termine en proposant, pour mesurer l'écartement des deux flammes vues par le diplopique, d'adopter une carte construite par lui ; elle représente la projection d'une sphère du champ visuel de un mètre de rayon divisée en degrés angulaires, et contient les notations mensurales de plusieurs centaines de faits semblables recueillis dans diverses paralysies oculaires où dans le strabisme avant et après l'opération ; de là des comparaisons exactes touchant les phases de la même affection et différentes affections donnant lieu au même symptôme, un diagnostic certain, et le contrôle du traitement plus facile par la *détermination quantitative du degré de la déviation de l'œil* quelle qu'en soit la cause.

La discussion qui s'engage permet à M. Wesphal d'insister sur ce fait que tandis que des aliénistes connaissaient dès longtemps la

non réaction de la pupille à la lumière chez les paralytiques, ils étaient moins au fait des allures de cette membrane sous l'influence de l'accommodation.

M. SENATOR appuie l'opinion de Rählmann pour qui, dans le tabes, la paralysie des fibres oculopupillaires de la moelle cervicale assure la prééminence du nerf oculo-moteur.

M. HIRSCHBERG maintient qu'il y a une double interruption de la conductibilité, le myosis résultant de la paralysie des centres, source des fibres pupillo-dilatatrices, alors que la fixité de la pupille dépend de l'interruption des voies qui unissent les noyaux du nerf optique et de l'oculo-moteur.

M. REMAK insiste sur cette fixité réflexe même quand il y a dilatation pupillaire chez le tabétique; l'observation lui paraît plus difficile quand les pupilles sont étroites.

M. WESTPHAL fait observer que des pupilles fortement contractées naturellement peuvent se resserrer encore si l'on force les yeux à converger et à accommoder.

L'ordre du jour est épuisé par la communication de M. Westphal sur un cas de *psychose réflexe* [1] du moins en apparence. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 2.) P. K.

VIe CONGRÈS DES NEUROLOGUES ET ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST

SESSION DE BADE

Séance du 21 mai 1881.

A deux heures et demie de l'après-midi, M. le premier curateur BÄUMLER (professeur à Fribourg) ouvre la séance par des paroles de bienvenue. La présidence est ensuite décernée par acclamation à M. le professeur RINECKER. M. le professeur JOLLY est désigné pour présider la seconde séance. Secrétaires : MM. MOMMSEN et TUCZEK.

Après le tribut de regrets payé par M. Bäumler à l'absence du second curateur, M. FISCHER, le président donne lecture des noms de collègues qui s'excusent de ne pouvoir prendre part aux travaux

[1] On en trouvera l'analyse dans les Revues analytiques.

de la réunion. — L'assemblée reçoit en distribution le programme du Congrès International de médecine de Londres, le rapport du professeur BUNSEN touchant l'analyse de la source de la galerie principale de Bade, ainsi que ses entrées à la promenade et au casino mises comme toujours gracieusement à sa disposition par la Commission des Eaux.

On passe ensuite à la série des communications qui suivent : Professeur FÜRSTNER et Dr ZACHER (d'Heidelberg) : *sur une anomalie de formation particulière du cerveau et de la moelle.* Cette observation qui sera publiée *in extenso*[1] concerne une défectuosité prononcée du lobe frontal gauche; l'insula se trouve notamment à découvert de ce côté; absence d'aphasie. La moelle est double à la région lombaire, bien que le canal vertébral soit unique.

Le professeur FÜRSTNER fait une nouvelle communication relative à la *destruction unilatérale du bulbe.* Les quinze expériences pratiquées sur des animaux qui ont survécu jusqu'à un an et demi après la lésion, seront intégralement publiées[2].

M. le professeur SCHÜLTZE (d'Heidelberg) présente au Congrès une couturière de trente-trois ans atteinte de *tétanie*, chez laquelle son médecin, le Dr Dusch, a rencontré l'*hyperexcitabilité mécanique* des deux nerfs *facial,* tout récemment signalée par Chwostek. La démonstration en est très nette sur les branches inférieures du nerf; il ne s'agit pas là de manifestations d'ordre réflexe puisque ni le chatouillement de la peau ni de légers coups frappés à côté des troncs nerveux et en dehors des zones électro-motrices n'entraînent de contractions dans les muscles correspondants. Parallèlement, hyperexcitabilité électrique. Mêmes phénomènes dans les nerfs du bras. Longue durée, absence de réflexe patellaire, sans symptômes du tabes au début. La pression permanente exercée sur le tronc du facial n'engendre pas cette réaction qui n'est d'ailleurs pas spéciale à la tétanie. Chez les gens bien portants presque toujours un coup porté sur la partie inférieure de l'os malaire détermine une contraction du grand zygomatique, qui ne doit être considérée comme le fait ni d'une excitation nerveuse directe, ni d'une réflexe, mais bien d'une excitation musculaire. Même observation dans la paralysie faciale alors que, l'excitabilité électrique du nerf ayant totalement disparu, l'excitabilité musculaire est encore conservée.

Du Paramyoklonus multiple par M. le professeur FRIEDREICH. — Il s'agit d'un cas spécial de convulsions cloniques de certains muscles symétriques des extrémités supérieures et inférieures, qui se sont manifestées à la suite d'une frayeur chez un homme de

[1] Nous l'analyserons alors.

[2] Nous en donnerons l'analyse à ce moment.

cinquante ans. Elles ont rétrocédé spontanément. La publication en sera effectuée dans les archives de Virchow.

Des modifications dans le poids du corps, qui suivent les accès d'épilepsie; par le professeur Jolly (de Strasbourg). Par les recherches entreprises sur ce sujet à la clinique du professeur, M. Lehmann se proposait de contrôler les indications de Kowalewsky[1]. Vingt-huit malades, tant hommes que femmes, en ont été l'objet pendant quatre semaines. On a bien constaté çà et là pendant les premières vingt-quatre heures une diminution de une à trois livres après l'accès, mais il ne s'agissait que d'une coïncidence fortuite, car :

1° Chez un même épileptique d'autres accès non moins graves, loin d'être suivis d'une perte de poids, ont été parfois en relation avec une augmentation;

2° La plupart des épileptiques ne subissaient aucune modification pondérale, que la maladie fût récente ou ancienne, que les accès fussent forts ou faibles. On observa même un cas d'état de mal sans perte de poids;

3° L'ensemble des malades examinés en dehors des accès présentèrent, toutes choses étant égales d'ailleurs, très fréquemment des oscillations pondérales variant d'une demie à une livre en plus ou en moins. Il en est de même pour des gens bien portants.

Par conséquent les conclusions de M. Kowalewsky constitueraient autant d'illusions.

Le Dr Roller (de Strasbourg) recommande au Congrès un *appareil à placer des coupes de cerveau et de moelle* dans leur ordre sériaire respectif : il s'agit de faire pratiquer par un potier dans des plaques en terre cuite une série de dépressions. Ces plaques de cinq espèces, pourvues chacune de six à soixante-quatre compartiments cellulaires, selon le nombre des coupes et leur volume, reviennent au plus à 4 marks 50 (5 francs 65). Les micrographes réaliseraient également une économie considérable en remplaçant les lamelles couvre-objets en verre par des *lamelles de mica*. Extrêmement transparentes, celles-ci s'appliquent hermétiquement sur les préparations et se taillent aisément selon les dimensions voulues : elles conviennent surtout aux grosses coupes, mais sont encore utilisables pour celles qui exigent l'oculaire 3 et l'objectif 8 de Hartnack.

Le Dr Stilling (de Strasbourg) montre des préparations de *chiasma* et *bandelette optique* dans lesquelles les faisceaux non croisés sont les plus nombreux ; puis viennent ceux des deux commissures; enfin le plus petit nombre a trait aux fibres entre-croisées. Celles-ci reposent sur les non entre-croisées comme sur la concavité d'une gouttière. La commissure antérieure très nette chez le chien occupe

[1] Voyez les *Archives de Neurologie*, t. II, p. 278.

principalement la face supérieure du chiasma, tandis que la commissure postérieure se montre à sa face inférieure. On peut suivre les fibres de cette dernière jusqu'au corps genouillé latéral, au corps genouillé médian, aux tubercules quadrijumeaux et à la racine descendante, où se rendent également des faisceaux croisés et non croisés ; mais l'auteur n'a pu les poursuivre jusque sur le tectum opticum de la couche optique. La racine descendante se divise en deux branches : la plus forte passe au-dessous du corps genouillé médian dans le ruban de Reil et gagne l'olive ; l'autre, plus faible, se dégage dans le pont de Varole. Dans le nerf optique les fibres n'affectent nullement la disposition que divers schémas ont prétendu leur assigner. Les fibres commissurales, les fibres croisées ou non sont surtout juxtaposées à l'intérieur du nerf.

Remarques sur l'anatomie comparée du système nerveux central, relatives principalement aux trois classes les plus inférieures de vertébrés ; par le professeur Wiedersheim. Cette communication envisage cinq questions différentes. — A. *L'origine du nerf acoustique.* Il serait chez les ascalabotes, tel l'hemidactylus verrucosus, constitué presque de toute la masse des cordons postérieurs de la moelle dont il formerait en même temps le prolongement antérieur direct. — B. Les *variations dans la structure du cerveau chez une seule et même espèce animale.* Chez la rana esculenta, l'auteur rencontra deux fois sur treize sujets une anomalie de formation du cervelet et de la moelle allongée, consistant pour le premier cas en la fermeture presque complète de ce dernier organe par un entonnoir de substance blanche, tandis que le cervelet réduit à un bourrelet transverse y adhérait totalement ; et pour le second fait, en l'oblitération totale du quatrième ventricule par une hypertrophie cérébelleuse considérable. A l'état normal la moelle allongée de la grenouille beye largement à la région dorsale, le cervelet n'en formant que la limite antérieure. — C. *La phylogénie du nerf vague.* Chez le protoptère, représentant des dipnoïques, la ceinture scapulaire est encore en rapport avec les nerfs de la tête ; les éléments du nerf vague se prolongent jusqu'à l'extrémité libre de l'arc de l'épaule, qui porte d'ailleurs trois branchies bien développées et fonctionnant. Cette observation vient à l'appui de l'hypothèse de Gegenbaur que la ceinture scapulaire des vertébrés proviendrait d'un arc branchial. — D. *Un nerf olfactif quadruple.* Chez les batraciens anoures (rana esculenta et pipa dorsigera) ce nerf naît de deux racines, l'une centrale, l'autre latérale, toutes deux originaires du lobe olfactif, qui se réunissent en un tronc commun et gagnent à travers un seul trou la capsule olfactive. Chez les batrachophides, les cœcilies ou les gymnophions, de chaque côté partent du lobe olfactif une racine ventrale et une racine dorsale, demeurant complètement séparées et perforant isolément la lame criblée en deux

points; en somme quatre nerfs olfactifs parviennent dans la cavité olfactive au travers d'un nombre correspondant d'ouvertures. Chaque cordon garde d'ailleurs son individualité en cet organe. — E. *Cerveaux fossiles*. Il s'agit de ceux d'amphibies fossiles (Labyrinthodon Rütmeyeri), d'oiseaux et de mammifères fossiles de l'Amérique du Nord. Planches nombreuses à l'appui. Voyez sur ce sujet les travaux de O.-C. Marsh et Wiedersheim publiés en ces dernières années.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Séance du 22 mai. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR JOLLY.

La parole est donnée à M. le professeur BECKER pour une communication *sur la pathogénie de l'ophthalmie sympathique*. Après avoir repris les communications et observations de Knies et Mac-Gillavry qu'il considère comme incomplètes au point de vue scientifique, M. Becker raconte un fait qui, à son sens, témoignerait de la *transmission par les centres vasculaires d'une uvée à l'autre* des accidents inflammatoires. Il concerne un garçon de dix-neuf ans qui s'étant frappé à l'œil *droit* avec un fouet, vit s'y développer une panophthalmie. On constatait le huitième jour, du trismus avec déviation du maxillaire inférieur à droite; le neuvième jour de la dysphagie avec paralysie de l'oculo-moteur de l'œil *gauche* (sphincter irien indemne) dans lequel l'examen ophthalmoscopique pratiqué le dixième jour décèle de la dilatation des veines, de la tuméfaction et un état trouble de la rétine en bas et en dedans. Ces phénomènes allèrent en s'accentuant, s'accompagnant bientôt d'opisthotonos, de convulsions généralisées, jusqu'au moment de la mort survenue le quatorzième jour dans le délire : température 38°,6 à 39°. L'autopsie démontre l'intégrité des centres nerveux; les fibres, les cellules, les noyaux même de l'oculo-moteur sont demeurés intacts. L'œil blessé présente, outre les lésions de la panophthalmie une névrite ascendante du N. O. qui toutefois ne dépasse pas le trou optique, la portion intra-crânienne du nerf et le chiasma étant sains. L'œil gauche sympathiquement affecté est le siège d'une choroido-névro-rétinite. Les nerfs ciliaires offrent bien à une distance de quelques millimètres une accumulation de noyaux se colorant facilement, mais elle est purement locale. En conséquence, pour M. Becker, l'inflammation s'est transportée d'un système uvéal à l'autre, la choroïdite communiquée dans l'œil gauche y ayant entraîné la neuro-rétinite, conformément aux récentes indications de Mooren, Rumpf, Berlin.

Des analogies entre la commotion rétinienne et cérébrale, par le professeur BERLIN. Traçant d'abord une courte esquisse d'une obser-

vation décrite par lui il y a neuf ans, dans laquelle à la suite d'une blessure de l'œil par un corps contondant était survenue une légère diminution à l'acuité visuelle centrale, coïncidant avec un état trouble de la rétine étendu, l'orateur rappelle que les deux phénomènes ayant disparu brièvement, il s'agissait, croyait-il, d'une commotion de la rétine ayant pour substratum anatomique l'état local de cette membrane. Or, une grande série d'observations lui ont depuis démontré que les perturbations fonctionnelles sont indépendantes de l'obnubilation rétinienne ; elles tiendraient plutôt à un spasme traumatique du muscle ciliaire compliqué d'un astigmatisme cristallinien irrégulier et passager. Ces phénomènes n'ont rien à faire avec la commotion ; il s'agit là d'une blessure de la rétine. Des expériences faites sur l'animal nous apprennent, en effet, que l'on rencontre toujours en ces faits un épanchement de sang considérable entre la choroïde et la sclérotique; or, la rétine étant hygroscopique s'œdématie de ce chef par imbibition ; de là l'état de trouble et de tuméfaction décelé par l'ophtalmoscope et le microscope. Il est probable, ajoute M. Berlin, qu'immédiatement après la lésion, par suite de la répartition uniforme de la pression hydrostatique sur l'ensemble de la rétine et de la papille, il se produit toujours un obscurcissement passager de l'œil, l'analogue de la commotion cérébrale passagère, qui, éphémère, échappe à nos investigations cliniques. Quant aux troubles de la vue d'une durée quelconque, prononcés et permanents, surtout lorsqu'ils intéressent la vision excentrique, il faut les rattacher aux lésions intra-oculaires de la rétine et de la choroïde ainsi qu'en certains cas à des altérations dans le tronc du nerf. Rien n'autorise donc à supposer une commotion rétinienne, il s'agit simplement de la compression du globe et des régions rétro-oculaires sur la portion orbitaire du nerf optique. — Les troubles optiques qui suivent les blessures du crâne par un corps contondant dépendraient, eux aussi, des effets d'une compression de la calotte et des revêtements membraneux et non de la commotion cérébrale optique ou rétinienne.

De l'occurrence des accès épileptiques pendant le sommeil chloroformique, par le Dr BAUMGÄRTNER (de Bade). — Les observations de l'auteur concernent deux individus. C'est ainsi qu'un travailleur vigoureux de vingt-six ans, obligé à plusieurs reprises de se faire réduire une luxation sous-coracoïdienne qui s'était produite pendant un accès d'épilepsie, fut pris en pleine narcose chloroformique, cinq fois d'une crise convulsive soudaine durant à peu près trois quarts de minute; la crise passée on lui remettait le bras. Une seule fois, les convulsions se montrèrent tandis qu'on tirait sur le membre; en tous les cas elles consistèrent en une courte raideur suivie de mouvements cloniques, accompagnés de fermeture des poings, quelque écume blanche à la bouche, et terminés

par un sommeil réparateur de vingt minutes. A la dernière séance, au moment où l'on en avait fini avec la réduction, l'accès cessait. — L'autre épileptique dont il s'agit avait son accès tous les deux jours. On le chloroformise à plusieurs reprises le jour où suivant toutes présomptions il ne devait pas l'avoir. Mais voici qu'au milieu du calme le plus complet, soudain il est soulevé de la table d'opération, et doit être placé à terre en proie aux convulsions les plus violentes pendant quatre minutes. Absence d'écume à la bouche. Cet incident, qui avait paru provoqué la première fois par le contact d'une cicatrice que le malade portait au front, se renouvelait aux autres séances en dehors de toute espèce de cause occasionnelle. — M. B... attribue à la narcose chloroformique la genèse d'*une ischémie cérébrale* possédant les mêmes propriétés que celle qui détermine l'accès épileptique classique. Seulement tandis que l'*anémie épileptogène ordinaire* procède d'un spasme vasculaire préalable, l'*anémie épileptogène chloroformique* émanerait d'une anoxhémie pulmonaire.

Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë, par le professeur Schultze (d'Heidelberg). — Le cas rapporté par M. Sc. comprend des modifications de l'excitabilité électrique, il lui a été communiqué par le Dr Schultz (de Brunswick). La publication en sera effectuée.

De l'action de la lymphe sur les organes centraux, par le Dr Th. Rumpf. — La double série d'expériences envisagées ici a trait à la moelle et au cerveau. Elles démontreraient qu'une double section de la moelle pratiquée transversalement à la région cervicale et à la région lombaire entraîne la résorption quasi complète du segment intermédiaire, si l'on a soin de le séparer de toute connexion nerveuse par la scission des racines antérieures et postérieures, en cinq à sept jours. Déjà au bout de vingt-quatre heures on observe de la tuméfaction de l'ensemble des éléments anatomiques qui finissent par se morceler comme dans les dégénérescences et disparaître. Une seule section transversale effectuée aussi haut que possible, en même temps que l'on coupe les racines antérieures sur les trous intervertébraux, n'entraîne presqu'aucune dégénérescence, même si l'on mutile à la fois le système des fibres de la queue de cheval auxquelles la disposition topographique et l'expérience permettent d'attribuer la sensibilité. Inversement l'interruption des faisceaux moteurs, la moelle segmentée conservant, dans les mêmes conditions, ses attaches sensibles, détermine la destruction de l'organe, mais cette dégénération est plus lente que dans le premier mode d'expérimentation. — Que devient le cerveau traité de la même façon ? En sectionnant chez la grenouille les nerfs olfactifs et les pédoncules cérébraux dans la cavité crânienne,

les nerfs optiques dans l'orbite, on observe la disparition totale de ce centre. Au bout de cinq à sept jours, la cavité crânienne est vide, on n'y rencontre que quelques restes de tissu conjonctif à la base, comprenant entre eux des détritus médullaires et des cloisons. La même opération exécutée chez des pigeons engendre, en plus de ces processus, des abcès profonds, causant une prompte mort. L'auteur résume ainsi les résultats de ses recherches :

1° Pour conserver les organes centraux, il ne suffit pas de leur assurer une circulation normale, il faut en outre qu'ils demeurent en connexion constante avec les voies systématiques dont ils sont les origines;

2° L'interruption absolue de cette continuité détermine la destruction des organes centraux, effectuée en partie par l'action de la lymphe ;

3° L'interruption partielle, qui ne porte que sur certains cordons, met en évidence la suppléance fonctionnelle temporaire et même persistante des autres systèmes ;

4° La conjonction de la moelle avec les cordons moteurs suffit pour en conserver l'intégrité, du moins pendant un temps assez long. Cette action conservatrice exclusive des faisceaux nerveux moteurs, émanerait des plaques terminales de ces organes dont se dégagerait constamment un *courant nutritif centripète;* aussi M. Rumpf, par opposition avec le tonus centrifuge du muscle, propose-t-il de la désigner sous le nom de *rétrotonus*.

Le Dr von Hoffmann (de Bade) décrit au Congrès *deux cas d'élongation de nerfs céphaliques et deux observations de ligature de l'artère carotide dans l'exophthalmie pulsatile.* — Le premier fait regarde un impaludique, souffrant de douleurs fulgurantes dans la moitié gauche de la face, accompagnées de rubéfaction, saillie des veines fronto-temporales, tremblements musculaires, claquement des dents, trismus, incessants en dépit de toute sorte de traitements. La guérison eut lieu progressivement, mais on dut pratiquer successivement l'élongation du nerf sous-orbitaire, et celle du nerf maxillaire inférieur, qui fut même déchiré à son entrée dans l'os du même nom. Le second exemple, du même ordre, est relatif à une femme de trente-cinq ans, ayant eu dix grossesses, chez laquelle, à la suite d'un accouchement gémellaire heureux, s'était établie une fièvre ressemblant à celle de la malaria. Les accès persistent trois ans et s'aggravent à mesure que les grossesses se succèdent; ils ne disparaissent que pour être remplacés par des contractions convulsives de la moitié droite du visage et notamment des contractures de la paupière. Les trois enfants nés pendant cette période et nourris par la malade sont morts vingt, trente-six, quarante-trois semaines après l'accouchement, de phthisie. Augmentation de volume et parésie de la face du côté

atteint. La pression exercée sur le nerf sous-orbitaire faisant disparaître momentanément les accès, on procède à une première élongation avec déchirure de ce cordon qui détermine une amélioration passagère. Une seconde opération identique effectuée sur le facial semble jusqu'à présent avoir affirmé les résultats premiers. — Les deux autres malades concernent l'oculistique : une exophthalmie, consécutive pour l'auteur à des efforts exagérés, fut guérie par la ligature de l'artère carotide ; il semblait évident à M. H... qu'il s'agissait ici d'une rupture de la carotide dans le sinus caverneux. La même pratique, usitée dans un cas d'exophthalmie congénitale chez un enfant de huit mois, ne réussit pas aussi heureusement ; car après une amélioration de quatorze jours le globe occulaire était de nouveau projeté par une tumeur dure, d'accroissement rapide, probablement un sarcome.

Contribution à la connaissance de la manie aiguë, par le Dr Witkowsky (de Strasbourg). Sous ce nom, l'orateur englobe simplement les faits caractérisés par la profusion des conceptions, l'exagération de la personnalité, la multiplicité des mouvements automatiques et l'excitation de l'humeur. Il en exclut les états d'agitation qui, par exemple, se montrent dans les psychoses chroniques, ainsi que les délires proprement dits, avec leur cortège habituel (troubles de perception, hallucinations). Aussi doit-il avouer que le symptôme clinique en question est extrêmement rare à l'état de pureté, renvoyant pour la description détaillée qu'il envisage, au n° 24 de la *Berliner Klinische Wochenschrift*.

Le Dr Tuczek (de Marbourg), désireux de compléter en quelque sorte le travail publié par le Dr Siemens dans les Archives de Westphal[1] communique à l'assemblée, sous ce titre : *Action de l'ergot de seigle sur le système nerveux central*, le résultat de l'examen pratiqué par lui sur la moelle des individus morts. Il a trouvé et montre aux assistants une lésion des cordons postérieurs, le processus était essentiellement limité aux cordons de Burdach. Mais il était facile de le suivre dans toute la hauteur de la moelle jusque parmi les vestiges des cordons cunéiformes à la région du bulbe. Prolifération du tissu interstitiel (grandes cellules araignées en nombre), atrophie des fibres nerveuses, développement de cellules granuleuses en amas, tels en sont les caractères micrographiques. Des expériences en ce moment en train sur les animaux avec le seigle ergoté, l'ergotine et l'acide sclérotinique feront l'objet d'un travail ultérieur qui sera publié.

Enfin, après avoir entendu la lecture de deux observations intéressantes des Drs Kast (de Fribourg) et Schwaab (de Werneck) au

[1] Nous en donnerons le résumé dans la Revue analytique.

sujet de la *névrite* et des *psychopathies imputables à la guerre de* 1870-71[1], le Congrès choisit de nouveau Bade pour lieu de sa réunion l'année suivante, désignant comme curateurs organisateurs MM. Fuerstner et Fischer.

Remerciant en dernier lieu les curateurs de cette année, le président clôt la séance à onze heures et demie.

(*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 1.) P. K.

BIBLIOGRAPHIE

II. *D'une névrose convulsive et rythmique déjà nommée forme de chorée dite électrique;* par A. GUERTIN. Thèse de Paris, 1881.

En 1846, Dubini avait décrit sous le nom de chorée électrique, une maladie convulsive bornée à l'un des côtés du corps, s'accompagnant d'un sentiment d'affaiblissement, puis de fourmillement, puis de paralysies presque complètes et dans les derniers jours le malade tombait dans le coma avec dilatation des pupilles. A peu près constamment, cette maladie, qui a été observée depuis par plusieurs auteurs italiens et allemands, se terminait par la mort, sans que l'autopsie ait jamais révélé sa nature. Un autre élève de M. Bergeron, M. Berland, avait déjà appelé l'attention sur une autre forme de chorée électrique, que M. Guertin étudie de nouveau. Cette affection dont l'étiologie est encore fort obscure débute brusquement, et il n'existe pas de période durant laquelle on observe des désordres pouvant être mis sur le compte de la maladresse. Le spasme envahit en même temps tous les muscles qui doivent être atteints et présente dès le début ses caractères distinctifs qu'il conserve, sans modifications, pendant tout le cours de la maladie. Les mouvements ont pour caractères propres la brusquerie qui rappelle une secousse électrique, et le rhythme; ils sont continuels et indépendants de la volonté; ils intéressent toujours, du commencement à la fin, les mêmes groupes de muscles; assez souvent les secousses électriques sont limitées à l'extrémité céphalique. Les

[1] Voyez les *Archives de Neurologie*, aux Revues analytiques.

convulsions sont à peine exagérées quand les malades font effort pour dominer l'agitation; elles n'empêchent pas le sommeil et cessent toujours lorsqu'il est arrivé. Pas de phénomènes généraux, pas de troubles intellectuels. Cette affection se distingue de la chorée vulgaire par l'absence des troubles psychiques du début, de ces gesticulations non rhythmées, désordonnées, indescriptibles qui caractérisent la danse de saint Guy. La chorée électrique, au lieu de procéder par accès, est uniforme pendant toute sa durée et en outre se manifeste complètement du premier coup et ne se développe pas progressivement comme la chorée vulgaire. Ces caractères de la marche la différencient encore des chorées rhythmiques des hystériques (Charcot) ou des épileptiques (Parrot). Mais ce qui la distingue surtout, c'est son pronostic constamment favorable, en ce sens que la guérison a toujours été radicale et immédiate par une seule administration de tartre stibié à dose vomitive ou par l'application de l'électrisation avec les courants induits. Ch. F.

III. *De la conservation des réflexes tendineux dans l'ataxie locomotrice progressive;* par C. Thième. Thèse de Paris, 1881.

Le réflexe rotulien qui est le seul auquel on puisse attribuer une véritable valeur peut manquer chez certains sujets; son absence n'est donc pas une preuve qu'il existe une affection quelconque du système nerveux. Il existe un certain nombre de cas d'ataxie locomotrice dans lesquels les réflexes tendineux ne sont pas abolis. La persistance des réflexes peut s'observer non seulement dans la première période de l'affection, mais jusqu'à une période très avancée lorsqu'il existe déjà des troubles trophiques du côté des articulations des extrémités supérieures. Il paraît certain que les réflexes ont pu être abolis chez certains ataxiques et reparaître ensuite. D'autres fois, lorsque les deux membres inférieurs sont également atteints d'incoordination motrice, le réflexe n'est aboli que d'un seul côté. Il peut même arriver que les réflexes, au lieu d'être abolis, soient exagérés. Le signe de Westphal n'a donc qu'une valeur relative, qu'il tire surtout de son association avec d'autres troubles tabétiques. M. Charcot a fait remarquer qu'il peut y avoir erreur sur la nature même du réflexe persistant dans l'ataxie. Il peut se faire que la percussion de la région sous-rotulienne provoque un réflexe du triceps sans qu'on doive attribuer cette réaction à l'excitation mécanique du tendon, l'extension de la jambe sur la cuisse serait due dans quelques cas à un réflexe cutané provoqué par l'excitation portée sur une plaque d'hyperesthésie. Ce qui parait distinguer ce réflexe cutané du réflexe tendineux, c'est un certain retard dans la production du mouvement d'extension de la jambe Ch. F.

IV. *Essai sur le béribéri au Brésil;* par Tarissan. Thèse de Paris, 1881.

Cette étude ne contient pas de faits nouveaux, elle est surtout basée sur des recherches historiques. Malgré les exceptions qu'on en a cité, l'auteur pense que le béribéri est une maladie propre aux pays situés entre les tropiques. Toutes les circonstances physiques ou morales, qui tiennent à produire un appauvrissement de l'organisme, une anémie plus ou moins profonde, sont les causes prédisposantes de la maladie. La cause déterminante du béribéri est spécifique, mais d'une nature inconnue; l'origine palustre est inadmissible. La forme mixte est la plus grave. Pour obtenir la guérison, le changement de localité est un moyen souvent efficace.

Ch. F.

V. *Des accidents réflexes survenant après l'opération de l'empyème;* par G. Martin. Thèse de Paris, 1881.

Hoffmann, Sauvages, Bosquillon signalent la paralysie des membres supérieurs dans le cours de l'empyème; en 1875, M. Raymond fit connaître un fait dans lequel des convulsions épileptiformes étaient survenues dans les mêmes circonstances, M. Brouardel et Vallin citèrent des cas analogues. M. Lépine rapporte deux faits d'empyème, l'un avec monoplégie, l'autre avec hémiplégie. MM. Leudet, Goodhart, Williams, Butlin, Cayley, Aubouin, J. Simon ont publié des cas semblables. Ces accidents nerveux réflexes se montrent toujours après l'intervention, mais à une époque très variable, ordinairement dans le premier mois, mais dans le cas de Leudet, ils ne se sont produits qu'après plus d'un an. On les a surtout rencontrés de vingt à trente ans, mais ils peuvent se présenter chez des enfants. Sur quatorze cas, deux fois seulement il s'agissait de femmes. La nature du liquide injecté paraît sans influence, mais il n'en est pas de même de son abondance et de la force de projection.

Ces accidents varient par leur mode d'apparition; tantôt ils surviennent brusquement, d'une manière foudroyante, tantôt ils se produisent lentement, d'une manière insidieuse. Quand il s'agit d'un accès épileptique, le malade revenu à lui-même, n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Dans un cas, une contracture de tout le côté opposé à la pleurésie, a rapidement disparu et a été remplacée par une hémiparésie de l'autre côté. Les accidents à forme lente ne s'accompagnent point de phénomènes généraux, ni de troubles de l'intelligence ou de la parole qui caractérisent la forme brusque : ils consistent en des phénomènes de paralysie plus ou moins étendus qui siègent le plus souvent du côté de l'em-

pyème. Il s'agit ordinairement d'une paralysie incomplète qui présente des alternatives d'augmentation et de diminution, et qui ne s'accompagne point de troubles de la sensibilité. A quoi sont dus les accidents réflexes? Est-ce à l'irritation du phrénique ou des rameaux centripètes du pneumogastrique? Est-ce à l'anémie du bulbe? CH. F.

VI. *Etude clinique sur la névralgie iléo-lombaire symptomatique des affections des organes génitaux chez la femme;* par A. LE BAILLY. Thèse de Paris, 1881.

Après Bassereau, Axenfeld, Beau, Marrotte, l'auteur étudie la relation qui existe entre les névralgies iléo-lombaires et les affections des organes génitaux; il rapporte plusieurs observations d'affections aiguës de la vulve du vagin de l'utérus, et d'affections chroniques de l'utérus et de ses annexes accompagnées de névralgies. Il appelle l'attention sur ces mêmes névralgies dans la grossesse. Il insiste en outre sur la coïncidence fréquente de l'hypersécrétion vaginale et utérine et des névralgies iléo-lombaires. CH. F.

VII. *Etude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel;* par E. GLEY. Thèse de Paris, 1881.

Pendant le travail intellectuel, on observe une augmentation du nombre des battements du cœur qui paraît être en raison directe de l'intensité de l'attention. En même temps, il existe une dilatation de l'artère carotide et un dicrotisme plus marqué du pouls carotidien; à la radiale, on trouve des phénomènes inverses. Ces caractères sont d'autant plus marqués que l'attention est plus forte, et ils persistent un certain temps après que l'activité cérébrale a cessé. Ces modifications ne dépendent pas de changements soit de l'activité cardiaque, soit de la respiration; ils sont dus à une influence vaso-motrice. CH. F.

VIII. *Essai sur la paralysie diphthéritique du nerf pneumogastrique;* par L.-E. GULAT. Thèse de Paris, 1881.

Dans la convalescence de la paralysie diphthéritique, on observe quelquefois des troubles cardio-pulmonaires se traduisant par un état syncopal, avec ralentissement, puis accélération et petitesse du pouls, et par de la dyspnée avec irrégularité des mouvements respiratoires, ordinairement associés à des douleurs abdominales et à des vomissements alimentaires. Ces troubles succèdent d'habitude à une paralysie du voile du palais consécutive à une angine diphthé-

ritique. Ils peuvent guérir tant qu'il n'y a que du ralentissement du pouls; dès qu'il y a de la dyspnée la mort est inévitable. Ordinairement troubles cardiaques et troubles pulmonaires vont ensemble, mais exceptionnellement on les trouve isolés. Ces accidents sont rarement subaigus. Le seul traitement efficace est la faradisation méthodique et prolongée de la région précordiale et de la partie postérieure du thorax. Il paraît certain que les caillots trouvés dans le cœur n'ont rien de spécial à la diphthérie et que d'ailleurs ils se forment après la mort. La théorie de l'endocardite et de la myocardite ne rend pas non plus complètement compte des phénomènes. L'auteur pense qu'une lésion bulbaire n'expliquerait pas les troubles isolés; il croit que si la théorie bulbaire était vraie, on devrait rencontrer quelquefois la paralysie des nerfs dont les noyaux d'origine sont près de la dixième et de la onzième paires. Il admet que la mort subite ou rapide dans la convalescence de la paralysie diphthéritique est le résultat d'une altération d'une ou de plusieurs branches terminales du nerf vague. Ch. F.

IX. *Hallucinations dans la paralysie générale (Observations);* par J. Girma. Thèse de Paris, 1881.

Les hallucinations, très fréquentes dans la paralysie générale, s'observent à toutes les périodes de cette affection, mais principalement dans la période de démence. Dans la première période, elles peuvent revêtir le caractère psychique ; plus tard, après les congestions cérébrales épileptiformes ou apoplectiformes, qui semblent avoir sur leur production une véritable influence, elles sont plutôt psycho-sensorielles. Tous les sens peuvent être affectés successivement ou simultanément ; quelquefois les hallucinations ne sont que la réviviscence d'anciennes sensations normales. Fugaces dans les formes expansives, elles sont assez souvent persistantes, et identiques à elles-mêmes dans les formes dépressives, dans les rémissions incomplètes et dans la démence. Elles entraînent quelquefois des actes impulsifs, mais il est bien rare qu'elles soient, comme chez les hallucinés simples, le point de départ de déductions logiques, de délire systématisé. Ch. F.

X. *Pseudo-paralysie générale d'origine saturnine;* par A. Meyer. Thèse de Paris, 1881.

Il existe une pseudo-paralysie générale d'origine saturnine, survenant ordinairement chez des sujets qui ont été atteints à plusieurs reprises d'accidents saturnins. Elle apparaîtrait le plus souvent de quarante à cinquante ans. C'est ordinairement pendant

qu'ils sont soumis au traitement de l'intoxication qu'ils sont pris d'un accès de délire : ils ont alors constamment des hallucinations de la vue et des terreurs, puis des conceptions délirantes orgueilleuses. Cette période de début ou d'excitation, qui peut durer de trois à douze jours, s'accompagne d'une certaine faiblesse musculaire, avec embarras de la parole ; les malades n'ont aucune conscience de leurs actes, ils ont de l'insomnie, quelquefois un délire qui ressemble à s'y méprendre au delirium tremens. La deuxième période est une période de dépression ; quelques-uns ne peuvent se tenir debout, d'autres sont hémiplégiques, la plupart sont gâteux ; leur parole est tellement embarrassée qu'elle ne constitue plus qu'un bredouillement inintelligible, ils ont du tremblement de la langue ; on croirait de vrais paralytiques généraux arrivés à la dernière période. Les pupilles restent égales. Cette période dure en moyenne deux mois. Enfin survient une période d'amélioration graduelle et progressive, se terminant par une guérison complète. Au début de cette période, on peut observer des vertiges épileptiques, la paralysie diminue progressivement en commençant par les membres inférieurs et en même temps la parole devient plus distincte. L'intelligence est toujours troublée ; mais au lieu d'un délire accompagné des accès violents de la période de début, le malade est dans la torpeur ; la guérison demandera deux ou trois mois à s'accomplir. En résumé, cette pseudo-paralysie générale d'origine saturnine dure cinq à six mois et se termine constamment par la guérison ; elle peut laisser toutefois un léger affaiblissement de l'intelligence. Cette pseudo-paralysie a souvent été confondue avec la vraie paralysie générale et surtout avec la paralysie générale survenant chez un saturnin ; mais elle s'en distingue par quelques-uns de ses symptômes, et surtout par sa marche et sa terminaison. CH. F.

XI. *Le délire des grandeurs n'est pas un signe exclusif de la paralysie générale progressive;* par E.-A. LAUTAR. Thèse de Paris, 1881.

Le délire des grandeurs peut se rencontrer à peu près dans toutes les maladies mentales, sauf l'idiotie et la démence. On l'observe en dehors des asiles dans un certain nombre d'affections aiguës ou chroniques, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, dans l'encéphalopathie rhumatismale, le choléra, l'insolation, les suites de couches, l'ataxie locomotrice, etc., etc. ; dans certaines intoxications, l'alcoolisme aigu et chronique, le saturnisme. (Vingt-deux observations.) CH. F.

VARIA

LE SABBAT[1]

Si les Sorcières vont en ame au Sabbat.

Il y en a d'autres qui tiennent que les Sorcieres vont le plus souuent au Sabbat en ame seulement, ce que l'on verifie par plusieurs exemples de quelques Sorcieres, lesquelles estans demourées comme mortes en leurs maisons par l'espace de deux ou trois heures, ont enfin confessé que pour lors elles estoient en esprit au Sabbat, rapportant particulierement tout ce qui s'estoit faict & passé au mesme lieu : George Gandillon la nuict d'un Ieudy Sainct demeura dans son lict comme mort par l'espace de trois heures, & puis retourna à soy en sursaut; il a du depuis esté bruslé en ce lieu auec son pere & une sienne sœur[2].

Il y a quelque temps qu'vn certain du village d'Vnau au ressort d'Orgelet amena sa femme en ce lieu, & l'accusoit d'estre Sorciere, disant entre autres choses qu'à certaine nuict d'vn Ieudy, comme ils estoient couchez ensemble, il se donna garde que sa femme ne bougeoit, ni souffloit en façon quelconque, sur quoy il commença à l'espoinçonner sans neantmoins qu'il la peust iamais faire esueigler, & à ceste occasion, il tomba en vne peur, de maniere qu'il se voulut leuer pour appeller ses voisins : mais quelque effort qu'il fist, il ne luy fut pas possible de sortir du lict, & luy sembloit qu'il estoit entrappé par les iambes, mesme qu'il ne pouuait pas encor crier : cela dura bien deux ou trois heures, & iusques a ce que le coq chanta : car lors la femme s'esueigla en sursaut,

[1] Voir le N° 7, p. 115.

[2] Boguet (H.). — *Discours execrable des Sorciers*, etc. Rouen, 1606.

& ſur ce que le mary luy demanda qu'elle auoit, elle reſpondit qu'elle eſtoit si laſſe du trauail, qu'elle auoit eu le iour precedent, qu'eſtant preſſee du ſommeil, elle n'auoit rien ſenty de ce que ſon mary luy auoit faict : alors le mary eut opinion qu'elle venoit du Sabbat, pour ce meſme que deſia auparauant il soupçonnoit quelque peu, à raiſon qu'il eſtoit mort du beſtail a quelques ſiens voiſins qu'elle auoit menacez precedemment.

Et certes il y a grande apparence que cette femme auoit eſté en eſprit au Sabbat, par ce premierement que l'ecſtaſe dont nous auons parlé luy aduint au Ieudy, qui eſt la nuict ordinaire du Sabbat.

D'aduentaige comme le coq chanta elle s'eſueigla en ſurſaut. ſcelon que nous auons dict : or le Sabbat qui se faict nuictamment dure iuſques à tant que le coq chante, mais depuis qu'il a chanté tout vient à disparoiſtre.

Troiſiemement l'excuſe qu'elle print monstre bien qu'il y auoit de la malice de ſon coſté : Car quel homme a-t-on iamais veu ſi endormy d'vn trauail & labeur precedent que l'on n'ait peu facillement eſueigler? George Gandillon s'excuſoit de la meſme façon, lors que l'on luy demanda pour quoy il ne s'eſtoit point eſueiglé, encore que l'on l'euſt pouſſé rudement pluſieurs fois.

En quatrieſme lieu il ſe recongnoiſt qu'il y auoit du ſortilege, en ce que le mary ſe ſentoit entrappé par les iambes, & qu'il ne pouoit crier.

Finallement les Eſcheuins d'Vnau, qui aſſiſtoient le mary, aueroyent que ceſte femme eſtoit deſcenduë de parens que l'ó ſuſpectoit deſia de Sorcellerie. Voyla comme l'on peut dire que les Sorciers vont au Sabbat en ame & eſprit.

D'autres fois y vont reallement & corporellement, laiſſant en leur place quelque ſimulachre ou effigie à leur reſſemblance, par quoy ſoit leur mary deſceu, s'il vient à s'esueigler. Le Demon a bien ſouuent auſſi couſtume, ayant prins un corps, de ſoy ſubſtituer on lict de la Sorciere partie au Sabbat; & par ainſi a commerce charnel auec le pauure mary. Ou bien elles vſent d'vn aultre artifice, endormant iceluy d'un ſommeil magicque. Bertrande Tonſtrix a confeſſé l'auoir faict ſouuentes fois & auoir bien ſouuent endormy ſon mary en lui frottant l'aureille de ſa main dextre oingte premierement de l'onguent, dont elle meſme ſe greſſoit pour

aller au Sabbat. Eller, femme du doyen d'Ottingen, aduoua qu'elle fuppofoit en fa place un aureiller d'enfant, aprés auuoir prononcé le nom de fon demon; d'autres duppaient leur mary auec des balays. Marie, femme du raccommodeur de Metzer Efch, fe feruoit d'une botte de fouarre qui difparoiffoit fi toft qu'elle reuenoit à la maifon [1].

Il y a au Sabbat plus de femmes que d'homes.

Interrogez en iustice, des Sorciers ont dict eftre vrayment aux affemblées nocturnes grande multitude de gens des deux sexes; Jehanne de Banno, Nicole Ganat de Mayner en Lorraine, ont asceüré auoir veu au Sabbat, toutes & quantes fois elles y eftoient, fi grande mefnie de Sorciers que plus ne les eftonnoit la mifere des hommes, à qui font par tant d'ennemis tant d'embufches dreffées; ains s'esbahiffoient moult que ne feuffent plus grandes les calamitez humaines. Catherine Ruffa a dict auoir veu cinq cents Sorciers, à tout le moins, la premiere nuict qu'elle feut au Sabbat. Pourtant atteste Barbellina Raiel de Blainville es eaux que les femmes s'y treuuent en nombre maieur.

La raifon pour quoy il y a au Sabbat plus de femmes que d'homes eft que en icelles eft plus grande fuperftitiofité, dont les caufes font : la prime, que les femmes font par nature plus facillement meues à recepvoir des reuelations : faifant de ces reuelations bon vfaige font grandement bonnes; mauluois deviennent fuppellativement mefchantes. La feconde que les femmes font credules à merueille : le Diable s'eftudiant principalement à furprendre la créance les hante & affaille de meilleur gré. La tierce que les femmes font naturellement lòquaces & bauardes, ne fçavent garder un fecret & racontent aux aultres femmes tout ce qu'elles fçavent. Oultre font cholériques & ne pouant par deffaut de forces fe venger, ont recours aux malefices, faifant au prochain par art diabolicque le mal que faire ne peuuent par force ouuerte. La quarte et vltime, que les femmes, comme dit Terentius, font en leurs idées auffi muables qu'enfans; par quoy la femme mefchante abiure plus facilement fa foy, que par auant auoit

[1] *Compendium Maleficarum*, etc., per Fratrem Francisc. Mariam Guaccium, 1616, p. 69.

en degré exceſſif. Et ce eſt en ſorcellerie raiſon fondamentale pour ne s'eſtonner ſi les femmes ſuiuent le Diable plus que les homes. Ne faut celer pourtant que Satan se efforce d'attirer à ſoy autant les homes que les femmes [1].

De ce qui se faict au Sabbat, & meſme de l'Offertoire des chandelles, du Baiſer, des Danſes, de l'Accouplement du Demon auec les Sorciers, des Feſtins, du Conte que rendent les Sorciers à Satan, du battement d'eau pour la greſle, de la Meſſe que l'on y célebre, de l'eau benoiſte que l'on faict, & comme Satan se conſomme en feu & reduict en cendre.

« Le Sabbat eſt comme vne foire de marchands meſlez, furieux et tranſportez, qui arriuent de toutes parts. Vne rencontre & meſlange de cent mille subiects ſoudains & tranſitoires, nouueaux à la verité, mais d'vne nouueauté effroyable qui offence l'œil, & ſoubſleue le cuœur. Parmy ces meſmes ſubiects, il ſ'en voit de reels, & d'autres preſtigieux & illuſoires : aucuns plaiſans (mais fort peu) côm ſont les clochettes & inſtrumens melodieux qu'on y entend de toutes ſortes, qui ne chatouillent que l'aureille, & ne touchent rien au cœur : conſiſtant plus en bruit qui eſtourdit & eſtonne, qu'en harmonie qui plaiſe & qui reſiouiſſe. Les autres deſplaiſans, pleins de difformité & d'horreur, ne tendant qu'à diſſolution, priuatiô, ruine & deſtruction. Où les perſonnes s'y abbrutiſſent & trâsforment en beſtes perdant la parole tant qu'elles ſont ainſi. Et les beſtes au contraire y parlent, & semblent auoir plus de raiſon que les perſonnes chacun eſtant tiré hors ſon naturel. » (de Lancre, *loc. cit.*, p. 119.)

Les Sorciers eſtans aſſemblez en leur Synagogue, adorent en premier lieu Satan, qui apparoiſt là tantoſt en forme d'vn grand homme noir ou rouge, gehenné, tourmenté & flamboyât comme vn feu qui ſort d'vne fournaiſe ardente, et tantoſt en forme d'vn bouc barbu, pour ce que le bouc eſt vne beſte puante, falace et lasciue [2], & pour luy faire un plus grand hommaige, ilz luy offrent des chandelles, qui rendent vne

[1] Guaccius, *loc. cit.*, p. 74.

[2] Les catholiques, en ceci, ont copié les Grecs, qui représentaient les Démons « en figures de Satyres paillards, moytié boucs & moytié hommes ».

flamme de couleur bleuë, & puis le baifent aux parties honteufes darrière[1] (*Fig. 11*) : quelques-vns le baifent fur l'ef-



Fig. 11.

paule : à d'aultres fois encor, il tient vne ymaige noire qu'il faict baifer aux Sorciers. Vray eft que adorant Satan ilz ne fe tiennent toufiours en mefme pofture; tantoft le fuppliant à deux genoilz; tantoft fe renuerfant fur le dos; tantoft iectant les iambes en hault, ne baiffant la tefte fus la poictrine, ains la releuant de façon que le menton foit tourné vers le Ciel. (*Fig. 12.*) Aultres fois ilz s'approchent du Demon le dos tourné, & aduancent lentement vers lui à l'inftar des ecreuiffes & les mains ioinctes par derriere; lui parlant, ilz fixent leurs œilz en terre; brief, ilz font tout au rebours de la couftume ordinaire.

Puys ilz danfent tantoft auant, tantoft apres leur repas, & font leurs danfes en rond doz contre doz : les boi-

[1] « Mais quel mefpris, quel deshonneur, quelle villanie plus deteftable peut on imaginer, que celle que fouffrent les Sorciers eftans contrains d'adorer Satan en guife de Bouc puant, et le baifer en la partie, qu'on n'ofe efcrire, ny dire honneftement? » (Bodin, *loc. cit.*, p. 134)

« Tum candelis piceis oblatis, vel vmbilico infantuli : ad fignum homagij eum in podicem ofculantur. » (*Compendium Maleficarum*, &c., p. 71.)

teux y vont plus difpoftement que les aultres. Or, ilz danſent



Fig. *12.*

ainſi doz contre doz affin de n'eſtre pas congneuz : mais pour



Fig. *13.*

le iour d'huy ilz ont vne autre inuention au meſme effect, qu est de ſe maſquer. (*Fig.* *13.*)

« Il y a encore des Demons, écrit Boguet, qui affiftent à ces danfes en forme de boucs, ou de moutons, fcelon qu'il a efté verifié par les prenommez, & plufieurs aultres; & mefme par Anthoine Tornier, ayant recogneu que lors qu'elle danfoit vn mouton noir la tenoit appenduë par la main auec fes pieds, qui eftoient comme elle difoit, bien haireux, c'eft-à-dire rudes et reuefches. »

Les haulx boys ne manquent pas à ces efbats : Car il y en a qui font commis à faire le debuoir de meneftrier & ne font toufiours forciers profez. La mere de Jehan de Hembach le mena un jour au Sabbat pour ce que encore qu'à poine adolefcent il iouoït moult bellement du violon. Là pour eftre



Fig. 14.

mieulx ouÿ le feit monter en vn arbre voifin & lui commanda de iouer (*Fig. 14*). Luy cependent regardoit les Sorciers danfans & s'eftonnoit de leurs geftes (car tout eft au Sabbat ridicule & à contre fens), ne fe peut tenir de crier : « Bon Dieu, d'où viennent tous ces gens affolez & desordonnez. » Et tout foubdain cheut en terre, les Sorciers difparoiffant, où feut le lendemain trouué feul le bras defmis & fe lamentant bien fort. Satan y iouë mefme de la flutte le plus souuent, & à d'aultres fois les Sorciers fe contentent de chanter à la voix : mais ilz difent leurs chanfons pefle mefle, & auec vne con-

fusion telle qu'ils ne s'entendent pas les vns les aultres. « Les Sorciers de Longny disoient en dansant : Har, har, Diable, Diable, saute icy, saute là, ioue icy, ioue là ; et les autres disoient : Sabbath, Sabbath, c'est-à-dire la feste & iour de repos, en haussant les mains & ballets en hault, pour tesmoigner & donner vn certain tesmoignage d'alaigresse, & que de bon cœur ilz seruent & adorent le Diable[1]. » Quelques fois, mais rarement, ilz dansent deux à deux, & par fois l'vn çà & l'autre là, & tousiours en confusion : estans telles danses semblables à celles des fees vrays Diables incorporez qui regnoient il n'y a pas longtemps. Les filles et femmes tiennent chascune leurs demons par la main, lesquels leurs apprennent des traicts & gestes si lascifs & indecens, qu'ilz feroyent horreur à la plus effrontée femme du monde. Auec des chansons d'vne composition si brutale, & en termes & mots si licencieux & lubricques, que les yeux se troublent, les oreilles s'estourdissent, & l'entendement s'enchante, de voir tant de choses monstrueuses qui s'y rencontrent à la fois. Et sont tousiours ces danses & tripudiations suiuies de fatigues & lassitudes moult griefves. Barbelline, desia nommée, & autres Sorcieres ont aduoué estre retournées à la maison si harassées que souuentes fois il leur falloit rester au lict par deux iours entiers. Mais ce qui est chose bien horrible & tres iniuste, il n'est licite à nully de soy excuser & si quelqu'vn alleguant son aage, sa fatigue ou sa santé, refuse de danser ou s'enfuict, aussitost il est frappé à coups de piedz & à coups de poings & n'est autrement traicté que n'est le cuir assoupli par le martel.

Les danses finies, les Sorciers viennent à s'accoupler : le fils n'espargne pas la mere, ny le frere la sœur, ny le pere la fille : les incestes y sont communs : car aussi les Perses auoient opinion que pour estre bon Sorcier & Magicien, il falloit naistre de la mere & du fils. (*Fig. 15*).

« Françoise Secretain aduouait que le Diable l'auoit congneuë charnellement quatre ou cinq fois, tantost en forme de chien, tantost en forme de chat & tantost en forme de poule, & que sa semence estoit fort froide. » (Boguet, *loc. cit.*, p. 8.)

« Marguerite Bremont[2], femme de Noel Laueret, a dict que lundy dernier, apres iour failly, elle feut auec Marion sa mere

[1] Bodin, *loc. cit.*, p. 88.
[2] Bodin, *loc. cit.*, p. 104.

à vne aſſemblée, pres le moulin Franquis de Longny en vn pré, & auoit ſadicte mere vn ramô entre ſes iambes disant : Ie ne mettray point les mots, & ſoudain elles furent tranſportées toutes deux audict lieu, où elles trouuerent Iean Robert, Ieanne Guillemin, Marie femme de Simon d'Agneau, et Guillemette femme d'vn nommé le Gras, qui auoient chaſcun vn ramon. Se trouuerent auſſi en ce lieu six Diables, qui eſtoient en forme humaine[1], mais fort hideux à veoir, &c. Apres la danſe finie, les Diables ſe coucherent auec elles, et eurent leur compagnie : & l'vn d'eux, qui l'auoit menée danſer, la print,



Fig. 15.

& la baiſa par deux fois, & habita auecques elle l'eſpace de plus de demie heure : mais delaiſſa aller la ſemence bien fort

[1] « Il (Cardan) dit auſſi que les eſprits malings ſont *puants*, & le lieu *puant* là où ils frequentent, & croy que de la vient que les anciens ont appellé les Sorciers *fœtentes*, & les Gaſcons *ſetilleres*, pour la *puanteur* d'icelles, qui vient comme ie croy de la copulation des Diables, leſquels peut eſtre prennent les corps des pendus, ou autres ſemblables pour les actions charnelles & corporelles : comme auſſi Vier a remarqué que les perſonnes demoniaques ſont fort puantes. » (Bodin, *loc. cit.*, p. 133.)

Ce passage montre que, depuis longtemps, on a remarqué deux phénomènes cliniques souvent signalés par nous, à savoir l'haleine forte des hystériques et l'odeur qu'elles exhalent dans leurs *états de mal hystéro-épileptique.*

froide. Ieanne Guillemin se rapporte auſſi au dire de celle-cy, & dict qu'ilz furent bien demie heure enſemble, et qu'il laſcha de la ſemence bien fort froide. »

« Pour l'accouplement, Ieannette d'Abadie, aagee de ſeize ans, depose qu'elle a veu tout le monde ſe meſler inceſtueuſement & contre tout ordre de nature,... s'accuſant elle meſme d'auoir eſté depucellée par Satan & congneuë vne infinité de fois par un ſien parêt & autres qui l'en daignoient ſemondre : qu'elle fuyoit l'accouplement du Diable, à cauſe qu'ayant ſon membre faict en eſcailles il faict ſouffrir vne extreſme douleur; outre que ſa ſemêce eſt extreſmement froide, ſi bien qu'elle n'engroiſſe iamais ni celle des autres hommes au Sabbat, bien qu'elle soit naturelle... » (de Lancre, *loc. cit.*, p. 152.)

« Ie laiſſe à penſer, dit Boguet, ſi l'on n'y exerce pas toutes les autres eſpeces de lubricité du monde : mais ce qui eſt encore plus eſtrange, c'eſt que Satan ſe met là en Incube pour les femmes, et en Succube pour les hommes. »

Les Sorciers apres ſeſtre veautrez parmy les plaiſirs immondes de la chair bancquetent & ſe feſtoyent. Il y a différentes tables, trois ou quatre, où chaſcun se ſeoid ſelon ſa dignité ou ſa richeſſe; tantoſt chaſcun à coſté de ſon démon, tantoſt en face, les Diables eſtant tous d'un coſté & les Sorciers de l'autre. La benediction ne fait deffaut à ces repas, mais condigne à l'aſſemblée, eſtant de parolles blaſpheſmatrices par leſquelles ilz confeſſent Beelzebub pour leur Créateur, Dateur & Seruateur. Pareille eſt l'action de grâces qu'ilz diſent au leuer des tables. Leurs bancquets ſont compoſez de pluſieurs ſortes de viandes ſuppeditées par Satan ou apportées par chaſcun, ſcelon les lieux & qualitez des perſonnes : par deça la table eſtoit couuerte de beurre, de froumage, & de chair. (*Fig. 16.*)

L'on y boit auſſi tantoſt de l'eau & tantoſt du vin. Le vin semble à de l'ancre ou du sang gaſté & n'eſt verſé qu'en vaiſſeaux fort ignobles. Mais il n'y a iamais de ſel : ce qui se faict pour ce que le ſel eſt vn symbole de l'immortalité, que le Diable a extreſmement en haine.

Il y en a qui ont eſcript que de meſme l'on ne s'y ſeruoit point de pain; mais certaines Sorcieres ont rapporté le contraire & dict qu'elles auoient mangé au Sabbat du pain, de la chair, & du froumage.

Cependent tous les Sorciers accordent qu'il n'y a point de

guouſt aux viandes qu'ilz mangent au Sabbat, & que la chair n'eſt aultre chair que de cheual. Tous ceulx que le Diable a faiſt aſſeoir à ſa table confeſſent que les mets y ſont ſi trés deguouſtants, ſoit à la veue, ſoit à l'odorat qu'ilz donneroient nauſées à l'eſtomac d'vn pauvre famélique aboyant de male faim. Barbelline deſià nommée & Sybille Morel disent qu'on ſert au Sabbat des mets de toute ſorte, mais tant vils, tant ſordides & mal appreſtez qu'ilz valent à peine eſtre mangez. Nicolas Morel feut, pour leur guouſt mauluois, aſpre & amer obligé de les vomir auſſitoſt par grand deplaiſir. Ce que voyant le Demon entra en viue indignation & le faillit battre.



Fig. 16.

Dominique Isabelle adiouſte qu'on ſeruoit auſſi de la chair humaine ; ce que Belleforeſt diſt eſtre en vſage frequent dans les maleſices des Scythes.

Ilz adiouſtêt quaſi tous, que lorsqu'ilz ſortêt de table, ilz ſont auſſi affamez que quand ilz y entrent. « Antide Colas, d'après Bocquet (*loc. cit.*, p. 111), rapportoit que les viandes eſtoient froides : Clauda diſoit que ce qu'on mangeoit au Sabbat n'eſtoit que vent : Chriſtofle diſoit aussi à ce propos qu'il lui ſembloit qu'elle ne mangeoit rien : d'où il ſe veoid que le Diable eſt touſiours trompeur puis qu'il repaiſt ſes ſiens de

vent au lieu de viandes folides, comme s'ilz eftoient des chameleons. »

Le bancquet paracheué l'on rend conte à Satan de ce que l'on a faict dés la derniere affemblée, et ceux là font les mieux venus qui ont faict mourir le plus de perfonnes & de beftes, qui ont baillé le plus de maladies, qui ont guafté le plus de fruicts, bref qui ont commis le plus de mefchancetez & abhominations : les autres qui fe font comportez vn peu plus humainement font fifflez & mocquez de tous : l'on les fait mettre à l'efcart, & font encore le plus fouuent battus, & mal traictez de leur maiftre : & de là eft venu commun prouerbe qui court entr'eux : *Fay du pis que tu pourras, & le Diable ne fçaura que te demander.*

Car entre les Démons & les Sorciers, il est faict pact que toufiours doibvent avoir accompli nouveaulx mesfaicts par auant que de venir au Sabbat. Et pour que ilz n'ayent excufe d'ignorance leur mefchant maiftre leurs tient efchole & donne leçons de maléfices. Il leurs apprend à deftruire les troupeaux; ce qu'ilz font foit en repandant du poifon, foit en enuoyant les diables on corps des animaux. Auffi à perdre les moiffons & les fruicts de la terre & a rendre les champs fteriles en inuocquant le Diable. D'iceluy ilz recoipvent une poudre bien fine & la repandant en font naiftre des fauterelles, des limas, des papillons, charançons & aultres beftioles nocifves & infeftes aux champs & aux iardins. De mefme font apparoiftre multitude de rats qui fe muffant auffitoft en terre deuorent germes & racines. Tantoft font fortir des loups d'un arbre creux & les enuoient au bercail que ilz veulent dont ces loups ne fortent fans auoir faict grand carnaige. Vrayfemblablement font ces loups des demons foubs apparence d'animaulx.

Les Sorcieres ont confeffé qu'elles faifoient la grefle au Sabbat, ou à leur volonté, à fin de guafter les fruicts de la terre : elles battoient, felon qu'elles difoient, à ceft effect l'eau auec vne baguette, & puis iectoient en l'aër, ou bien dedans l'eau certaine poudre qu'elles auoient eu de Satan, & par ce moyen il s'efleuoit vne nuée laquelle fe convertiffoit par apres en grefle (*Fig. 17*), & tomboit la part ou il plaifoit aux Sorcieres : quand l'eau faict deffaut, elles fe feruent de leur vrine, ainfi que l'avons dict. D'autres fois, impetrent par certaines parolles on milieu des champs l'ayde de Lucifer prince des

demons, pour qu'il enuoye vn des ſiens frapper de malefices qui elles veulent; puis luy immolent en vn carrefour vn poulet noir & le iectent en l'aër. Le demon s'empare du poulet & obeit excitant auſſitoſt une tempeſte & faiſant tomber greſle & tonnoire, non touſiours aux lieux deſignez, mais scelon la volunté & permiſſion de Dieu.

Affin de faire perir les hommes de male mort, les Sorciers ont couſtume d'exhumer des cadaures & notamment de ceulx qui ont eſté ſuppliciez & pendus on gibet. De ces cadavres



Fig. 17.

ilz tirent la ſubſtance & matiere de leurs ſortileges, comme auſſi des inſtrumens du bourrel, des cordes, des pieux, des fers, etc., leſquels sont douez d'une certaine force & puiſſance magicque pour les incantations. (*Fig. 18.*)

Les Sorciers peuuent auſſi ardre et conſumer les maiſons, comme il aduint en vne ville de Suede en l'an de grâce 1433. (*Fig. 19.*)

Les Sorciers peuuent encore endormir aultruy par le moyen de certaines potions, chants & rites diabolicques afin de proffiċter de leur ſommeil pour inſtiller en eulx un poiſon mortel, enleuer ou tuer leurs enfants ou les deſrober & les ſouiller charnellement, voyre par adultere. (*Fig. 20.*)

Quelques foys ilz vſent, pour prouocquer le ſommeil de

certains cierges, ou des piedz & des mains des morts oingts



Fig. 18.

premierement d'une huile donnée par le diable; ou bien de



Fig. 19.

chandelles fixées à chaque doigt ou de torches enchantées

& d'une certaine greſſe à eux congnuë. Et le ſommeil dure autant que bruſlent ces lumieres infernales.

Souvent auſſi les Sorciers rendent par parolles & ſignes cabbaliſticques l'homme froid, maleficié & impropre à l'acte conjugal en ſept manieres. La premiere en rendant un eſpoux odieulx à l'aultre par calomnie, ſoubçon, maladie ou mauluoiſe odeur.



Fig. 20.

La ſeconde en empeſchant le rapprochement des corps, les detenant dans des lieux esloignez ou interpoſant quelque choſe entre eulx. La tierce par l'inhibition du paſſage des eſprits animaulx es membres genitaulx. La quarte par deſſeicher & tollir la licqueur prolificque. La quinte en rendant le membre de l'homme mol & flaſque toutes fois que veut accomplir l'acte de mariage. La ſexte, par l'application d'ingrediens naturellement refrigerans. Enfin en procurant le reſſerrement & coarctation extreſme des parties de la femme ou en faiſant le membre de l'homme retraict, abſcons & comme du tout perdu. Ce n'eſt à dire toutes fois que le membre viril ſoit en verité enleué du corps, mais par leurs preſtiges le cachent de telle façon qu'on ne le ſçaurait plus veoir ny meſme toucher. Et font les Sorciers tellement couſtumiers de ce genre de malefice que par certains pays on n'oſe mie celebrer les eſpouſailles en plein iour.

Il faut sçauoir encore qu'il est aux Sorcieres en loy perpetuelle quand elles ont entre elles resolu de nuyre à aultruy & que la volunté de Dieu ne l'a permis, de faire retomber le mal que elles auaient pourpensé sur une que designe le sort. Car le Demon ne peut souffrir que ses conseils & aduis tombent en nullité & les force de subir ce qu'elles auaient tenté & proiecté contre les aultres. Ainsi feut de Catherine Preuost qui ne peut faire perir par le poison la fille unicque de vn sien voisin, nommé Michel Lecoq, pour ce que sa mere par oraisons & lustrations quotidianes la prœseruait de toute in-



Fig. 21.

cantation; le Demon l'accusant asprement & lui reprochant de le frustrer de sa proye, elle empoisonna sa propre fille Odille encore au berceau.

C'est après ce conte rendu des Sorciers que Satan se bande auec ses suppośts contre le Ciel, & qu'il conspire la ruine du genre humain : il faict renoncer de nouueau à ces miserables Dieu, Chresme & Baptesme : il leur faict rafraischir le serment solemnel, qu'ils ont faict de ne iamais parler de Dieu, de la Vierge Marie, ny des saincts & sainctes, si ce n'est par mocquerie & derision : il leurs faict quitter leur part de Paradis : il leurs faict promettre qu'ilz le tiendront au contraire à iamais pour leur seul maistre, & qu'ilz luy seront tousiours fidelles :

il les exhorte par apres de faire le plus de mal qu'ils pourront, de nuire à leurs voiſins, de les rendre malades, de faire mourir leur beſtail, de ſe venger de leurs ennemis, vſant de ces notions : *Vengez vous ou vous mourrez;* il leurs faict de plus promettre de perdre & gaſter les fruicts de la terre, & leurs baille de la poudre & de la greſſe propre à cela, du moins il leurs faict ainſi croire. (*Fig. 21*).

Il leurs faict encore bien ſolemnellement iurer qu'ilz ne s'accuſeront point les vns les aultres, & qu'ilz ne rapporteront aulcune choſe de ce qui ſe ſera paſſé entre eulx.



Fig. 22.

Les Sorciers en ſixieſme lieu font la greſſe. « Quelques Sorciers après auoir ſacrifié au Diable et s'eſtant oincts ſont tournez en loups courant d'une legereté incroyable (*Fig. 22*), & ſouuent rechangez en loups ſont couplez aux louues auec tel plaiſir qu'ils ont accouſtumé auec les femmes[1] ». Les autres sont transformés en chats[2].

[1] Bodin, *loc. cit.*, p. 96.

[2] « De noſtre temps vn nommé Charc., du bailliage de Gez, fut aſſailly nuictamment en vn bois par vne multitude de chats; mais comme il euſt faict le ſigne de la croix, tout diſparut. Et de plus fraiſche memoire vn hôme de cheual paſſant ſous le chaſteau de Ioux, apperceut pluſieurs chats ſur vn arbre, il s'auance, & delaſche vne

Quelques fois encore l'on diƈt la Meſſe au Sabbat : mais, adioute Boguet, ie ne puis eſcrire ſans horreur la façon auec laquelle on la celebre, pour ce que celuy qui eſt commis à faire l'office eſt reueſtu d'une chappe noire ſans croix, & apres auoir mis de l'eau dans le calice, il tourne le doz à l'autel, & puis eſleue vn rond de raue teinte en noir au lieu de l'hoſtie & lors tous les Sorciers crient à haute voix : ***Maiſtre ayde nous.***

A ceſte ceremonie, diƈt Llorente, succede une aultre qui eſt imitation diabolicque & deriſoire de la meſſe. Tout ſubitement s'apparoiſſent ſix ou ſept diables de moindre rang & ſont par



Fig. 23.

eux dreſſé l'autel & apportez les chalice, patene, miſſel, buirettes & aultres tous obiets deſquels beſoing eſt. Ilz diſpoſent

eſcoppette, qu'il portoit, & faiƈt tomber de deſſus l'arbre au moyen de ſon coup vn demicin, auquel pendoyent pluſieurs clefs, il prend le demicin & les clefs, & les emporte au village : eſtant deſcendu au logis il demande à diſner, la maitreſſe ne se trouve point, non plus que les clefs de la caue. Il monſtre le demicin, & les clefs qu'il portait : l'hoſte recogneut que c'eſtoit le demicin & les clefs de ſa femme, laquelle arrive ſur ces entrefaiƈtes eſtant bleſſée à l'hanche droitte : le mary la prenant par rigueur, elle confeſſe qu'elle venoit du Sabbat, et qu'elle y auoit perdu ſon demicin et ſes clefs, après auoir receu vn coup deſcopette en l'vne des hanches. » (Boguet, *loc. cit.*, p. 269.)

& arrangent le dais ou chapelle es quelz se voient figures & ymaiges demoniacques semblables à celles que Satan a prinse pour la ceremonie. Ces diables l'aydent comme diacres a soy vestir de la mitre, de la chasuble & aultres ornemens : & sont iceux tous noirs comme aussi ceulx de l'autel. Le diable commence la messe, laquelle il desiste vn temps de continuer pour prescher les assistans *Fig. 23*. Il les exhorte à ne iamais retourner au Christ, leur promettant paradis bien meilleur que n'est celuy des christians. Il les asceûre que ilz le gaigneront d'autant mieulx que auront mis plus de soing à faire choses defendues aux christians.

Puis receoit l'offerte trosnant sur un siege noir; à sa dextre est lors seante la principale sorciere qui est appelée Royne des sorcieres, tenant en main vne paix en laquelle est engrauée la figure du Demon; à son costé senestre se tient le premier des sorciers qui est le Roy portant vn bassin. Les principaux assistans & aultres profez font hommaige de leur offrande, petite ou grande, suyuant leurs moyens & intention : les femmes à l'ordinaire presentent des gasteaux de froment. Ensuite vn chascun ayant baisé la paix, on adore le Demon à genoilz luy baisant encore vne fois le fondement dont sort exhalaison & odeur punaise. Ce pendent par vn des diables servants lui est tenue la queue leuée. Par apres la messe est continuée; le Diable alors consacre une chose ronde semblant semelle de soulier, marquee de son ymaige; ce faisant prononce les parolles de la consecration du pain. Ensuite consacre le chalice auquel est contenue licqueur [illegible]. Satan ayant lors communié distribue aux sorciers la communion soubs les deux especes. Bien est ce que il donne a manger chose noire, aspre, fort difficile à [illegible] & [illegible]; aussi est la licqueur noire, amère & grandement [illegible].

Le Diable aussi pour [illegible] dans vn trou à terre & par apres les [illegible] de son vrine auec vn asperges noir par [illegible].

Finablement Satan [illegible] se consomme en feu, & se [illegible] les sorcieres recueillent & cachent [illegible] de leurs desseins pernicieux et [illegible]

[illegible]

FAITS DIVERS

Faculté de médecine de Paris. — *Chaire de clinique des maladies nerveuses.* — Par arrêté, en date du 2 janvier 1882, rendu sur le rapport du Ministre de l'instruction publique et des cultes, il est créé, à la Faculté de médecine de Paris, une chaire de clinique des maladies du système nerveux. — Par un autre décret de la même date, M. Charcot, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies du système nerveux.

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1882, M. Lacassagne, professeur de médecine légale, est nommé directeur du laboratoire de médecine légale.

Asile d'aliénés de la Seine. — Par arrêté du 30 décembre, ayant effet du 1er janvier, il sera accordé, à titre de haute paie, une indemnité mensuelle de 10 francs aux gardiens et gardiennes des quartiers des agités et des gâteux dans les asiles publics d'aliénés de Saint-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse. Cette allocation ne sera acquise qu'aux employés dont le service et la conduite auront, pendant toute la durée du mois, donné complète satisfaction au directeur de l'établissement. Les crédits nécessités par cette mesure seront inscrits au budget rectificatif de chaque asile. De plus, il est créé dans chacun des asiles publics de Ville-Evrard et de Vaucluse, appartenant au département de la Seine, un deuxième emploi d'interne en pharmacie.

Commission de surveillance. — Par arrêté préfectoral, en date du 26 décembre 1881, ont été nommés membres de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés, pour une durée de cinq années, à dater du 1er janvier 1882, MM. Barbier et Pelletier, membres sortants.

Concours de l'internat. — Le concours s'est terminé à la fin de décembre par la nomination de MM. Heulz, Vétauet, Béraud et Boucher, internes titulaires; — MM. Gaudry, Poumeau, Manière, internes provisoires. — Les épreuves orales ont pris deux séances; les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : 1° *Signes et diagnostic de la pleurésie*; — *Signes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius.* — 2° *Rougeole*; — *Fracture de la rotule.* — Les autres questions déposées dans l'urne étaient :

1° Erysipèle de la face; fracture de la clavicule; — 2° Insuffisance aortique; plaies pénétrantes de la poitrine; — 3° Signes et diagnostic de la péritonite aiguë; anthrax; — 4° Névralgie faciale; signes et diagnostic des fractures du rocher. Il y avait quatre places vacantes; 21 candidats s'étaient fait inscrire, 17 ont répondu à l'appel, lors de la composition écrite; dix seulement ont lu leur composition. Si l'on compare les résultats de cette année avec ceux de l'année dernière, on trouve que les résultats sont notablement meilleurs. Les épreuves ont été généralement bonnes.

— Par arrêté préfectoral, en date du 23 janvier 1882, M. le Dr Schits, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Saint-Yon (Seine-inférieure), est nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, en remplacement de M. le Dr Gallopain, appelé aux fonctions de directeur-médecin de l'asile public de Rodez.

Asile Sainte-Anne. — Par arrêté du Ministre de l'intérieur, en date du 25 janvier 1882, M. Llanta, adjoint au maire du XIVe arrondissement, est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. Prieur.

Asile de Villejuif. — Le 6 décembre 1879, le Conseil général de la Seine a voté un crédit de 500,000 fr., dont 494,492 fr. pour l'acquisition des terrains nécessaires à l'établissement d'un asile-hospice d'aliénés à Villejuif et 15,508 fr. pour frais divers. Le 30 novembre 1880, le Conseil général a approuvé les plans et devis du nouvel asile s'élevant à 4,211,383 fr. 47 et alloué un nouveau crédit de 676,556 fr., dont 200,000 fr. pour complément d'acquisition de terrains et 476,456 fr. pour commencement d'exécution des travaux. Enfin, le Conseil général a voté une nouvelle somme de 885,936 fr. 53 pour les travaux (30 novembre 1881).

Les indemnités allouées par le jury d'expropriation ayant dépassé de 130,735 fr. les prévisions de l'Administration, M. le préfet a demandé au Conseil général, qui a consenti sur le rapport de M. Bourneville l'autorisation de compléter le crédit de 500,000 fr. primitivement voté, par le prélèvement de la somme supplémentaire de 130,735 fr. 15 sur les 476, 556 fr., alloués par la délibération du Conseil, en date du 30 novembre 1880, pour commencement d'exécution des travaux. Après ce prélèvement, l'Administration aura à sa disposition, pour commencer les travaux, une somme de 1,231,757 fr. 38. — Espérons que l'Administration, tenant compte des vœux si souvent exprimés par le Conseil général, poussera les travaux avec la plus grande rapidité.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales.* — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, a commencé un cours public sur les *maladies mentales*, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 29 janvier 1882, à neuf

heures et demie du matin, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Asile d'aliénés d'Aurillac. — Par arrêté, en date du 3 décembre 1881, M. le Dr Joseph Girou, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé médecin adjoint de l'asile départemental d'aliénés d'Aurillac.

Asile de Bonneval. — M. le Dr Hildenbrand, directeur de l'asile de la Charité (Nièvre), est nommé directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir), en remplacement de M. le Dr Cortyl.

Asile d'aliénés de Bron. *Concours pour l'internat.* — MM. les étudiants sont informés qu'un concours pour trois places d'internes en médecine et deux places d'internes suppléants à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône) aura lieu au commencement du mois d'avril 1882. — Des affiches feront connaître prochainement la date exacte et le programme de ce concours.

Asile de la Charité. — M. le Dr Gallopain, nouvellement promu, est nommé directeur de l'asile de la Charité (Nièvre), en remplacement de M. le Dr Hildenbrand.

Asile d'aliénés d'Orléans. — *Meurtre commis par un infirmier.* — Un de nos confrères nous communique les faits suivants, dont nous croyons pouvoir garantir l'authenticité absolue : Vers la fin du mois de novembre dernier, un aliéné aurait été battu par un gardien d'une façon si brutale, que le malheureux en serait mort quelques jours plus tard. La mort résultait manifestement des coups et blessures donnés par le gardien. Un des administrateurs de l'hospice, ancien avocat général et actuellement président du tribunal d'Orléans, ayant appris ces faits, a fait arrêter le gardien qui est actuellement en prison et qui sera jugé prochainement.

Asile de Quatre-Mares. — M. le Dr Cortyl, directeur de l'asile de Bonneval, est nommé directeur de l'asile de Quatre-Mares, en remplacement de M. le Dr Broc, admis à la retraite.

Asile de Rodez. — M. le Dr Longeaud, médecin-adjoint à l'asile de Montdevergnes, est nommé à l'asile de Rodez.

Société d'Anthropologie. — Cette Société vient de renouveler son Bureau pour 1882. Il est composé ainsi qu'il suit : *Président* : M. Thulié ; — *Vice-Présidents* : MM. Proust et Hamy ; — *Secrétaire général adjoint* : M. Girard de Rialle ; — *Secrétaires annuels* : MM. Chervin et Zaborowski ; — *Conservateur des collections* : M. Collineau ; — *Archiviste* : M. Dureau ; —*Trésorier* : M. Leguay ; — *Commission de publication* : MM. de Quatrefages, Parrot et Auburtin.

Congrès médical de Séville. — Un congrès médical s'ouvrira à Séville le 9 avril 1882. La langue officielle sera l'espagnol; mais,

les membres étrangers pourront parler latin et français. Les mémoires, les communications et les autres travaux destinés au Congrès seront dans les mains de la Commission organisatrice avant le 31 mars prochain ; on ne recevra aucun travail après ce jour, s'il n'y a pas un accord unanime de la Commission. — Les actes seront publiés à la *Gaceta Medica* de Séville, organe du Congrès.

Extrait du programme des questions proposées. — *Physiologie*: Relations de la calorification animale avec le système nerveux. — *Electrothérapie.* — Faradisation et galvanisation dans la paralysie du nerf facial. — De l'efficacité des courants constants dans le traitement des engorgements parenchymateux. — *Chirurgie* : Le tétanos, sa nature et son traitement. — Du virus de la rage, sa prophylaxie et sa méthode curative.

NÉCROLOGIE. — M. Robert CHRISTIAN, associé étranger de l'Académie de médecine de Paris, est décédé à Edimbourg, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. Il professa pendant de longues années la médecine légale à Edimbourg, et il était considéré comme une des célébrités médicales du Royaume-Uni.

— Le Dr J.-W. DRAPERS vient de mourir le 4 janvier dernier. Il était né à Liverpool, le 5 mai 1811. Drapers commença ses études à l'Université de Londres et les compléta à l'Université de Pensylvanie, en 1836. Au début, il enseigna à Hampden-Sydney-College, mais de 1839 à 1873, il occupa la chaire de chimie et de physiologie à l'université de New-York. C'était un littérateur doublé d'un philosophe et d'un grand savant. A part ses ouvrages de physiologie, il a publié des ouvrages universellement connus sur le « Développement intellectuel de l'Europe ».

NOUVEAU JOURNAL. — *Neurologisches Centralblatt*, publié par le Dr E. MENDEL, privat-docent à l'Université de Berlin. Ce journal, dont le premier numéro a paru le 27 janvier, est bimensuel. Il comprend des travaux originaux et surtout des revues portant sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux, la médecine mentale et les questions médico-légales qui s'y rapportent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BARÉTY. — *Des propriétés physiques d'une force particulière du genre humain* (force neurique rayonnante) *connue sous le nom de magnétisme animal.* Une brochure in-8° de 40 pages. Paris, 1882, chez O. Doin et J. Lechevalier. Prix : 2 fr.

BEARD (G.-M.). — *The asylums of Europe*. Broch. in-16, 1881, Cambridge.

BENEDIKT (M.). — *Weitere vorläufige Mittheilungen über Nervendehnung*. Broch. in-16, 1881. Gistel et Cie, Wien.

BERGER (O.). — *Zur Nervendehnung bei tabes dorsalis*. Broch. in-8°, 1881, Barth et Cie. Breslau.

BOURNEVILLE et D'OLIER. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1880. Un vol. in-8° de 128 pages avec 3 figures dans le texte. En vente au bureau des *Archives de Neurologie*. Prix : 3 fr..
Pour nos abonnés, prix : 2 fr.

CHARLTON BASTIAN. — *Le cerveau, organe de la pensée chez l'homme et les animaux*. Deux vol. in-8° avec 184 figures dans le texte. Cartonnage anglais. Prix : 12 fr. Paris, 1881, librairie Germer-Baillière et Cie.

DUFOUR (E.). — *Compte rendu du service médical de l'asile public de Saint-Robert* (Isère) *pendant l'année* 1880. Broch. in-8° de 32 pages, Grenoble; F. Allier, 1882.

AGENO (L.) et BEISSO. — *Del sistema commissurale centrale dell' encefale umano*. Un vol. in-4°, Gênes 1881; chez Verardo frères.

KAHLER (O.) et PICK (A.). — *Westere Beiträge zur pathologie und pathologischen Anatomie der Centralnervensystems*. Broch. in-8° de 32 pages avec 2 planches en chromo. 1881, Prague, imp. A. Haase.

KAHLER (O.). — *Beiträge zur pathologischen Anatomie der mit cerebralen symptomen verlaufenden tabes dorsalis*. Broch. in-8° de 24 pages. 1881, Prague, imp. A. Haase.

JANY (L.). — *Ueber Einwanderung der Cysticercus cellulosæ in's menschliche Auge*. Broch. in-8° de 24 pages. 1881, Breslau, imp. Gen, Ursulinerstrasse, n° 1.

LELOIR (H.). — *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse*. Un vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches et plusieurs figures intercalées dans le texte. Paris, 1882, librairie du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles. Prix : 5 fr.
Pour nos abonnés, prix : 3 fr. 50.

MAZZOTTI (L). — *Emorragie sotto-mucose in casi di alterazioni del cervello et delle meningi*. Broch. in-16, 1881, Gamberini, Bologna.

RICHET (CH.). — *Physiologie des muscles et des nerfs*. Leçons professées à la Faculté de médecine en 1881. Un gros vol. in-8° de 924 pages avec 100 figures dans le texte. Prix : 15 fr. Paris, 1881, librairie Germer-Baillière.

GOWERS (W.-R.). — *A Manual and Atlas of medical ophthalmoscopy*. Un gros vol. in-8° de 414 pages avec 16 planches chromo et 28 figures dans le texte. 1882, Londres, J. et A. Churchill, New-Burlington street.

SALVIOLI (G.). — *Alcune ricerche sul cosi detto sonno magnetico*. Broch. in-8°, 1881, Bertolero à Turin.

TAMBURINI (A.) et SEPPIELLI (G.). — *Contribuzioni allo studio sperimentale dell' ipnotismo*. Broch. grand in-8° de 40 pages, avec 4 planches de tracés respiratoires, 1881. Stefano Calderini à Reggio-Emilia.

WIET (E.). — *Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs*. Un vol. grand in-8°, avec quinze figures dont quatre hors texte. Prix : 4 fr. 1882, Paris, librairie Germer-Baillière.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 882.

Vol. III. Mai 1882. N° 9

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

UN CAS D'HÉMILÉSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE;

Par A. GILBERT, interne des hôpitaux.

En 1863, dans le *Journal de la Physiologie de l'hmme et des animaux*, M. Brown-Séquard déterminait le trajet suivi dans la moelle épiuière par les différents conducteurs sensitifs, et résumait de la façon suivante le tableau symptomatique des hémilésions de la moelle : « On observe les particularités suivantes chez l'homme, à la suite d'une lésiou altérant toute l'épaisseur transversale d'une petite portion d'une moitié latérale de la moelle épinière :

« Du côté correspondant : 1° paralysie du mouvement volontaire ; 2° hyperesthésie au toucher, au chatouillement, à la douleur, et à la température dans les parties paralysées ; 3° zone d'anesthésie peu considérable dans les parties dont les nerfs naissent immédiatement au-dessous du siège de la lésion ; 4° hyperesthésie plus ou moins étendue au-dessus de la zone

anesthésique ; 5° élévation absolue ou relative de ten pérature dans les parties paralysées ; 6° phénomène de paralysie des origines du nerf grand sympathiqu cervical, quand la lésion siège au renflement cervico brachial. — Du côté opposé : 1° anesthésie complète absolue au toucher, au chatouillement, à la douleu et à la température dans les parties correspondante à celles qui sont paralysées de l'autre côté ; 2° conser vation parfaite des mouvements volontaires et du sen musculaire ; 3° zone peu étendue d'hyperesthésie à u faible degré au-dessus des parties anesthésiées. »

Les conclusions du mémoire de M. Brown-Séquar étaient déduites de l'étude et de la comparaison d vingt-quatre observations. A celles-ci bientôt vinren s'en ajouter d'autres publiées par divers auteurs et pa M. Brown-Séquard lui-même ; et en 1876, dans un thèse intitulée *Contribution à l'étude clinique des lésion unilatérales de la moelle épinière*, Vinot pouvait réuni quarante-neuf cas d'hémilésion de la moelle.

Les causes qui sont susceptibles d'engendrer le ta bleau clinique tracé par M. Brown-Séquard sont très variées ; les plus fréquentes sont : les fractures et luxa tions des vertèbres, les tumeurs et épanchements intra rachidiens, les plaies, hémorrhagies, tumeurs et sclé roses de la moelle, en résumé toutes les causes qui, par un mode quelconque, peuvent annihiler unilatéra lement les fonctions médullaires.

Dans cette étiologie des hémilésions de la moelle, les plaies prennent une part importante, puisqu'il en existe à notre connaissance treize observations rappor tées par Boyer, Hutin, Maunder, Wood, Viguès, Brown-Séquard (trois cas), Joffroy et Salmon, Aurran,

Riegel, Müller, Rosenthal. A côté de ces faits vient se ranger le suivant que M. le professeur Richet nous a engagé à publier.

Observation. — *Hémiparaplégie avec troubles de la sensibilité, dans les deux membres inférieurs, d'origine traumatique.*

Dans la nuit du 13 *mars* 1881, le nommé C... (Gustave), ouvrier couvreur, âgé de dix-sept ans, est frappé dans le dos d'un coup de couteau. A l'instant même, le blessé sent ses jambes se dérober sous lui et tombe ; il est transporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 31, dans le service de M. Richet.

Le lendemain 14 *mars*, il offre les symptômes suivants : à la partie supérieure du dos, entre la première et la deuxième vertèbre dorsale, à droite de la ligne médiane, existe une plaie large de trois centimètres. Il nous est impossible d'en apprécier la profondeur et la direction ; mais il ne paraît pas douteux qu'après un trajet oblique, le couteau ait sectionné la moitié gauche de la moelle épinière : c'est ce que démontre l'examen de la motricité, de la sensibilité, de la vaso-motricité et des diverses fonctions. Les troubles paralytiques se réduisent à une hémiparaplégie. *A gauche*, le membre abdominal est totalement paralysé, il ne peut être soulevé et détaché du plan du lit ; les orteils seuls ont conservé quelques légers mouvements de flexion et d'extension. *A droite*, la motilité est intacte, et le membre abdominal a conservé toute sa force. Il en est de même des membres supérieurs.

Les réflexes offrent une remarquable asymétrie. *A gauche*, ils ont subi une diminution d'intensité considérable : les piqûres, le chatouillement ne déterminent que de faibles contractions musculaires. La trépidation du pied ne peut être provoquée; le réflexe rotulien a totalement disparu. *A droite*, les réflexes semblent présenter leur intensité normale ; peut-être l'oscillation de la jambe, après percussion du tendon rotulien, est-elle plus ample qu'à l'état ordinaire. La contractilité faradique est conservée à gauche et à droite.

La sensibilité n'est pas moins atteinte que la motilité. *A gauche*, le membre inférieur, l'abdomen, le thorax jusqu'au mamelon sont hyperesthésiés : la piqûre superficielle d'une

épingle est douloureusement ressentie, un simple contact, un léger chatouillement, le froid, le chaud, déterminent une viv sensation de brûlure. *A droite*, l'hyperesthésie n'occupe qu'un bande de quelques centimètres de large, qui partant en arrièr de la colonne vertébrale au-dessous de la plaie, vient, aprè un trajet spiroïde, aboutir en avant, entre la clavicule et l mamelon. Au-dessous de cette zone étroite d'hyperesthésie l'anesthésie s'étend, à peu près absolue, sur la partie droite d thorax en dehors du sternum, sur la partie droite de l'abdomen en dehors des muscles droits, et sur le membre inférieur dans toutes ces régions l'analgésie est complète, et l'on peu sans éveiller la moindre douleur transpercer de part en par avec des épingles la peau du malade. Dans toutes ces région aussi, la sensibilité aux températures est absolument abolie mais il n'en est pas tout à fait de même des sensibilités au tac et au chatouillement, qui persistent quoique extrêmemen affaiblies.

A gauche, le sens musculaire est diminué, et le malade n peut rapporter avec certitude et précision les positions variée que l'on donne à sa jambe : tantôt et par hasard, il reconnaî la situation de son membre, tantôt et le plus souvent il comme de grossières erreurs, et, par exemple, croit sa jambe fléchi alors qu'elle est dans l'extension complète. *A droite*, au contraire, le sens musculaire est entièrement conservé. Il n'exist pas de retard appréciable dans la transmission des sensations

A ces troubles sensitifs, se joignent des douleurs et sensations subjectives. *A gauche*, le malade a ressenti pendant la nuit, et ressent encore par intervalles, les éclairs et des élancements qui occupent surtout le genou et le cou-de-pied. *A droite*, il éprouve une sensation continuelle de fourmillement. En outre, il signale une sensation de constriction thoracique, de pesanteur épigastrique, de chaleur dorsale.

Les troubles vaso-moteurs sont très marqués, et ont entraîné des modifications dans la température et la coloration respectives des deux membres. Au simple palper, le membre abdominal gauche paraît plus chaud que le membre droit ; et plusieurs explorations thermométriques révèlent une différence de température de plus d'un degré. La coloration des deux membres est identique quand le malade est couché, mais sitôt qu'il est placé dans la position verticale, le membre gauche devient pourpre du haut en bas, et se sillonne de veines dilatées. Il

est juste d'ajouter qu'avant son accident le blessé avait des varices de la jambe gauche.

L'examen des diverses fonctions ne nous révèle que des modifications peu importantes, si ce n'est du côté de l'appareil génito-urinaire : le pénis est perpétuellement en semi-érection. La miction est fréquente, difficile, douloureuse, et peu abondante. L'urine offre la réaction acide ; elle ne renferme ni albumine, ni sucre, ni indican.

La température est normale (37°,4) ; le pouls est régulier et d'une fréquence ordinaire (75). La respiration est facile et non troublée. La langue est sale, l'appétit diminué ; il y a de la constipation. Rien du côté de la pupille.

Le lendemain 15 *mars*, nous notons dans l'état du malade les modifications suivantes : la paralysie a très légèrement diminué. L'insensibilité au tact, au chatouillement, à la douleur s'est un peu atténuée : la piqûre d'une épingle donne une sensation de fourmillement d'autant plus distincte qu'elle est faite plus haut vers la racine du membre. L'insensibilité thermique seule demeure entière. Les troubles génito-urinaires présentent à peu près les mêmes caractères que la veille; l'urine des vingt-quatre heures est alcaline ; sa quantité est de 300 grammes. La constipation persiste.

Le 16 *mars*, la paralysie et l'insensibilité ont encore un peu diminué, sauf l'insensibilité aux températures qui est toujours absolue. La rétention d'urine est complète, et le cathétérisme est devenu nécessaire , 250 grammes d'urine seulement sont rendus dans les vingt-quatre heures. Il y a toujours constipation. La température est normale, le pouls est remarquable par sa lenteur (65 puls.) et surtout par son irrégularité, son inégalité, ses intermittences ; l'on dirait le pouls d'un malade atteint d'insuffisance mitrale.

Le 17 *mars*, la rétention d'urine disparaît ; mais la miction reste embarrassée. La quantité d'urine des vingt-quatre heures est de 700 grammes ; elle offre la réaction alcaline. Le pouls est comme la veille lent (70 puls.), inégal, irrégulier, intermittent. Comme la rétention d'urine, la constipation cède tout à coup spontanément, et le malade a dans la journée quatre ou cinq selles abondantes.

Le 18 *mars*, la paralysie continue à s'améliorer. L'hyperesthésie disparaît à peu près complètement. La quantité d'urine est normale (1,500 gr.). Le pouls est toujours irrégulier.

Le 20 *mars*, le retour des fonctions motrices s'accentue de plus en plus, et le malade peut presque soulever sa jambe.

Le 21 *mars*, les urines sont troubles, muco-purulentes.

Le 22 *mars*, survient une hydarthrose légère du genou gauche, accompagnée de douleurs continues, mais sans changement de coloration de la peau. Le pouls est presque régulier.

Du 23 au 31 *mars*, le malade commence à se lever avec des béquilles. Les réflexes, et en particulier le réflexe tendineux, ont reparu dans le membre paralysé. Les sensibilités à la douleur, au tact, au chatouillement sont de plus en plus distinctes. La sensibilité aux températures commence à renaître. La perte incomplète du sens musculaire dans le membre gauche persiste encore et se reconnaît à une ataxie manifeste des mouvements. L'hydarthrose s'est résorbée. La miction est facile; les urines sont normales comme quantité et comme qualité. Le pouls est tout à fait régulier.

Le 10 *avril*, le malade peut marcher sans béquilles, mais en traînant fortement la jambe.

Le 29 *avril*, le malade quitte l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant: le membre abdominal gauche reste très notablement parésié. Les réflexes sont normaux. L'hyperesthésie a disparu. Les sensibilités à la douleur, au tact, au chatouillement demeurent un peu obtuses. La sensibilité aux températures est encore presque totalement abolie. Les troubles vaso-moteurs se sont très atténués. Le membre inférieur gauche est très légèrement atrophié. Il n'existe plus ni trouble génito-urinaire, ni trouble circulatoire ou digestif.

Comme on le voit, l'observation que nous venons de rapporter ne diffère que par le détail des observations antérieures d'hémilésion, dont elle reproduit fidèlement les traits fondamentaux. La paralysie s'est présentée ici avec ses caractères ordinaires. Comme dans tous les cas où la lésion médullaire est exactement unilatérale et siège au-dessous de l'émergence du plexus brachial, elle a revêtu la forme hémiparaplégique. Pendant les premiers jours elle s'est rapide-

ment atténuée, si bien qu'on a pu croire un moment à sa prompte guérison ; puis bientôt elle est restée stationnaire, menaçant, comme dans les cas de Boyer, Rosenthal et autres, de persister indéfiniment. Les réflexes étaient peut-être légèrement exaltés du côté anesthésié, certainement diminués et presque abolis du côté paralysé, où le réflexe tendineux avait entièrement disparu. Ce fait vaut la peine d'être noté, car il est en contradiction avec les faits antérieurs dans lesquels on trouve ordinairement signalée au-dessous de la lésion une exagération bilatérale des actes réflexes (Brown-Séquard, etc.).

L'hyperesthésie, comme c'est la règle, portait à la fois sur les différents modes de sensibilité, et occupait le siège habituel ; elle avait à peu près complètement disparu le cinquième jour, et n'existait plus lorsque le malade quitta l'hôpital, ce qui contredit la formule suivante d'Oré et Poinsot : « L'hyperesthésie est *toujours* de longue durée, elle persiste alors que les autres symptômes ont disparu. »

L'anesthésie était unilatérale et croisée, comme dans tous les cas d'hémilésions ; elle ne portait pas à un même degré sur les différentes sensibilités : le tact, le chatouillement n'étaient point absolument éteints ; la douleur, le froid, le chaud au contraire, n'étaient plus perçus. Dès les premiers jours, l'insensibilité au tact, au chatouillement, à la douleur, diminua rapidement; seule, l'insensibilité aux températures était encore entière dix jours après l'accident. Ces faits sont assez fréquents, et s'expliquent aisément, si l'on admet avec M. Brown-Séquard qu'il existe dans la moelle des conducteurs spéciaux pour chaque mode spécial de sensibilité.

La paralysie vaso-motrice avait les mêmes limites que la paralysie motrice; elle était très accentuée, puisqu'il y avait d'un côté à l'autre une différence de température de plus d'un degré, et que l'inertie capillaire et veineuse se traduisait, lorsque le malade était debout, par une vive rougeur et de nombreuses varicosités du membre inférieur gauche.

L'érection du pénis avait déjà été notée par Aurran, dans un cas d'hémilésion de la moelle dorsale ; notre observation prouve une fois de plus que ce trouble génital n'est point spécial aux lésions de la moelle cervicale, comme l'ont cru beaucoup d'auteurs.

Les troubles de la miction n'ont présenté aucune particularité importante; ils ont porté à la fois sur l'excrétion et sur la secrétion urinaire. Pendant les deux premiers jours, en effet, il y a eu dysurie accompagnée de douleurs et de ténesme. Le troisième jour, la dysurie a fait place à la rétention absolue. Le quatrième jour enfin, la rétention a cédé, et la dysurie a reparu pour diminuer ensuite progressivement d'intensité jusqu'à la guérison complète. L'hypurie a été très manifeste au début, puisqu'avant d'atteindre le taux normal, la quantité des urines a été successivement de 300, 250, puis 700 grammes. Le premier jour seulement l'urine avait conservé la réaction acide, dès le deuxième jour elle était alcaline, le septième jour muco-purulente.

D'après Hutchinson, le pouls reste toujours régulier dans les lésions de la moelle, contrairement à ce qui aurait lieu s'il s'agissait de commotion cérébrale. Nous avons cependant observé une lenteur, une irrégularité, une inégalité et une intermittence du pouls

que la plaie de la moelle peut seule expliquer, car cette lésion a été absolument isolée. Ces troubles du pouls ont duré une semaine à partir du troisième jour de l'accident. Il semble donc probable que le centre cardiaque n'a point été directement intéressé par le traumatisme, mais secondairement, soit par congestion, soit par inflammation.

L'arthropathie du genou gauche que nous avons vue survenir le neuvième jour, n'a différé ni par ses caractères cliniques, ni par sa localisation, des arthropathies relatées dans les observations de Viguès et de Joffroy et Salmon. C'est du reste le seul trouble trophique qu'il nous a été permis de constater, à part l'atrophie du membre inférieur gauche qui était légère encore quand le malade quitta l'hôpital, mais qui depuis cette époque a dû notablement s'accentuer.

NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE[1];

Par CH. FÉRÉ.

IV. — SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS DU CÔTÉ DE L'OEIL CHEZ LES HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUES, SOIT EN DEHORS DE L'ATTAQUE, SOIT PENDANT L'ATTAQUE.

A. *Phénomènes observés en dehors de l'attaque.* — Dans l'hémianesthésie des hystériques, l'insensibilité

[1] Voir le n° 8, p. 160.
La malade qui fait le sujet de la dernière observation (p. 170) a succombé à une nouvelle attaque de rhumatisme compliqué de pleurésie

s'étend non seulement à la peau et aux muqueuses, mais ordinairement aussi aux organes des sens : la vue, l'odorat, l'ouïe, le goût sont également diminués du même côté ; il s'agit, en un mot, en général, d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Toutefois, les organes des sens peuvent être respectés ou peu atteints ; l'œil, par exemple, qui dans les cas d'anesthésie complète, offre des troubles caractéristiques, allant quelquefois jusqu'à la perte totale de la vision, mais consistant le plus souvent en un rétrécissement concentrique du champ visuel, coïncidant ordinairement avec une achromatopsie plus ou moins marquée.

L'achromatopsie est quelquefois complète, mais fréquemment elle est partielle ; certaines malades n'ont perdu que la sensation du violet, par exemple ; et en général il y a corrélation entre le degré du rétrécissement du champ visuel et le degré de l'achromatopsie. Il est un fait qui a peu frappé l'attention, c'est que la sensibilité générale de l'œil, la sensibilité de la conjonctive et de la cornée, est en rapport avec la sensibilité spéciale de l'organe. Les hystériques hémianesthésiques qu'il nous a été donné d'observer, et qui ne présentaient ni rétrécissement du champ visuel, ni achromatopsie, conservaient la sensibilité de leur conjonctive ; celles qui ont perdu la vision d'une ou de plusieurs couleurs, et ont un rétrécissement plus ou régulièrement proportionnel du champ visuel, ont perdu la sensibilité conjonctivale ; celles enfin, qui ont une achromatopsie complète, avec un champ visuel

double et d'endocardite végétante, sans que son anesthésie ait été modifiée jusqu'à la mort. Les centres nerveux n'ont présenté à l'œil nu aucune lésion particulière.

presque nul, ont perdu non seulement la sensibilité de la conjonctive, mais encore celle de la cornée. Dans ce dernier cas, si, pendant que la malade regarde fixement un objet, on fait avancer au contact de la conjonctive et de la cornée une bandelette de papier, on voit l'œil et les paupières rester immobiles, tant que le corps étranger n'est pas arrivé dans le champ pupillaire. Le réflexe oculo-palpébral est obtenu aussi vite si, au lieu de faire avancer le papier au contact des membranes, on le fait avancer à une certaine distance; il est donc déterminé exclusivement par l'excitation de la rétine qui a perdu la perception des couleurs, mais qui distingue encore le clair de l'obscur. Chez les hémianesthésiques pures ou chez les anesthésiques totales avec prédominance d'un côté, on peut, par l'aimantation ou par l'électrisation statique ou les autres procédés connus, provoquer un transfert qui permet de faire une contre-épreuve donnant des résultats constants. Il y a donc dans l'hémianesthésie hystérique un rapport constant entre l'insensibilité cutanée et l'insensibilité sensorielle. Et ce rapport constant existe non seulement lorsque l'anesthésie est étendue à toute la moitié du corps, mais encore lorsqu'elle est plus ou moins limitée. Lorsqu'on a fait disparaître l'anesthésie hystérique par l'électrisation statique, on voit au bout d'un certain temps reparaître l'anesthésie, qui commence à se reproduire par une région localisée variable avec les sujets, et n'ayant aucun rapport d'ailleurs avec les distributions nerveuses [1]. Chez une de nos malades,

[1] Les différentes parties reperdent leur sensibilité dans un ordre chronologiquement inverse de celui suivant lequel elles l'ont recouvrée; mais le

l'insensibilité revient d'abord sur une zone limitée qui entoure l'œil, comprenant la conjonctive et la cornée, et l'anesthésie sensorielle se reproduit en même temps que cette insensibilité limitée de la peau. Ce que nous venons de dire pour l'œil peut d'ailleurs être vérifié également pour l'ouïe, pour l'odorat, pour le goût. Sur plusieurs hystériques hémianesthésiques que nous avons examinées à ce point de vue, nous avons pu constater que, lorsque l'ouïe est plus ou moins intacte, la sensibilité générale du conduit auditif (qu'il ne faut pas confondre avec celle de la membrane tympanique) est également conservée, ou inversement. Ces faits semblent indiquer qu'il existe dans des régions indéterminées de l'encéphale des centres sensitifs communs aux organes des sens et aux téguments qui les recouvrent.

Ce point de l'histoire de l'hystéro-épilepsie a par lui-même un certain intérêt, mais en prendra un plus grand encore, si, suivant en cela l'exemple de notre maître, nous cherchons à appliquer les données de

retour de l'anesthésie est beaucoup plus facile à suivre parce qu'il est moins rapide. Chez E. P..., l'anesthésie reparaît d'abord autour de l'œil et à ses membranes, et l'amblyopie se reproduit en même temps; puis l'insensibilité envahit l'oreille, la narine, la bouche, et la sensibilité spéciale de ces organes s'altère parallèlement. L'anesthésie descend progressivement, et quand elle arrive vers le genou droit, la partie supérieure de la face commence à se prendre à gauche. L'invasion continue, mais ce sont les orteils du pied gauche qui perdent les derniers leur sensibilité. Chez D..., les phénomènes se passent en sens inverse; sous l'influence de l'électricité statique, l'insensibilité disparaît d'abord à la face; quand elle reparaît, elle se manifeste d'abord au pied, puis à la main, remontant progressivement des membres à la face; ce n'est qu'en dernier lieu que la face et les sens spéciaux perdent leur sensibilité. Chez P... l'anesthésie se reproduit en commençant par l'avant-bras et par la cuisse; la dernière partie qui reste sensible est une plaque située en dehors de l'ombilic.

l'hystérie, cette maladie si éminemment suggestive, à l'étude des affections cérébrales. M. Charcot, se basant sur ce que les hystériques ne pouvaient avoir une physiologie à part, a pensé que les phénomènes qu'on observe sur elles doivent se retrouver dans les autres maladies, et c'est ce qui lui a permis de mettre en lumière l'amblyopie croisée dans certaines lésions cérébrales. Cherchant à notre tour des analogies nouvelles entre l'hémianesthésie des hystériques et l'hémianesthésie par lésion cérébrale, nous avons pu voir que, comme les hystériques, les hémianesthésiques cérébraux qui ont des troubles de la sensibilité des membranes extérieures de l'œil, ont également des troubles visuels, soit achromatopsie, soit rétrécissement concentrique ou rétrécissement latéral [1].

Certaines hystériques, au lieu d'offrir une diminution de la sensibilité cutanée, paraissent présenter au contraire une exagération de la sensibilité au contact et à la piqûre du côté de l'ovaire douloureux ; mais, à tout bien considérer, on s'aperçoit bientôt que cette soi-disant hyperesthésie n'est qu'une exagération de la sensibilité à la douleur, et que le simple contact est moins senti qu'il ne l'est du côté sain. Il s'agit alors d'une hémidysesthésie [2] ; mais dans ce cas encore, s'il existe des troubles de la sensibilité spéciale, ils sont en tout analogues à ceux qui accompagnent l'hémianesthésie, c'est-à-dire que l'acuité des divers sens

[1] Ch. Féré. — *Hémihyperesthésie sensitive et hémianesthésie sensorielle.* (*Société de biologie*, 4 novembre 1881.)

[2] Ch. Féré. — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par les lésions cérébrales.* Paris, 1882.

est diminuée. Cette dysesthésie peut, comme l'anesthésie, se limiter à la partie supérieure d'un côté de la face, et s'accompagner de troubles analogues des sens.

Le rapport qui existe entre la sensibilité spéciale de l'œil et la sensibilité de la conjonctive, nous paraît encore trouver une preuve dans une observation que nous avons pu faire récemment à la Salpêtrière sur trois hystériques hypnotisables. On peut distinguer dans la catalepsie deux phases diverses en ce qui concerne l'organe de la vision. 1° Dans la catalepsie profonde, celle qu'on obtient, par exemple, par un bruit soudain, les yeux restent fixes, sans clignement de paupières ; dans cet état, on peut toucher impunément la conjonctive, sans provoquer de réflexe. 2° En agitant plusieurs fois un objet devant les yeux de la cataleptique, on arrive à fixer son regard et à lui faire suivre les mouvements que l'on fait, et on peut lui donner des suggestions. Si alors on touche la conjonctive, les paupières réagissent immédiatement comme chez un sujet sain, tandis que la sensibilité générale reste abolie sur tout le corps. On peut, en replongeant la malade dans la catalepsie profonde, répéter l'expérience autant de fois qu'on le veut; le résultat est toujours le même : sitôt que l'œil perd sa fixité, la sensibilité de la conjonctive reparaît. L'objet mis en mouvement devant l'œil excite la sensibilité spéciale de l'organe comme, dans d'autres circonstances, une forte excitation locale ramène la sensibilité cutanée ; et, avec la fonction visuelle, la sensibilité de la membrane externe de l'œil a reparu.

B. *Phénomènes observés pendant l'attaque.* — Passons maintenant à l'étude de quelques phénomènes observés du côté de l'œil pendant l'attaque d'hystéro-épilepsie. L'exploration de l'œil pendant l'attaque présente une grande difficulté, en raison des battements des paupières, de la convulsion des yeux qui se portent souvent vers un des angles de l'orbite, et des mouvements plus ou moins précipités du corps et de la tête. Cependant, en répétant l'épreuve un nombre suffisant de fois, il m'a été permis, à un certain moment, dans chaque période et pour chaque malade, de constater que la pulpe du doigt posée au contact de la cornée, dans le champ pupillaire, ne fait point changer la direction de l'œil. Chez quelques malades, ce contact provoque une sécrétion lacrymale exagérée, chez d'autres l'œil reste sec. Non seulement l'œil ne tourne point, soit pendant la phase épileptoïde, soit pendant la phase des grands mouvements, mais, chez certains sujets qui, dans la phase du délire, regardent en face, l'œil largement ouvert, on peut constater que les paupières ne bougent pas, malgré un contact de la cornée durant plusieurs secondes. Les membranes externes de l'œil sont donc insensibles pendant l'attaque.

L'état de la pupille pendant l'attaque a été peu observé : on trouve la dilatation notée dans les observations de M. Bourneville[1]; M. Richer[2] dit que dans la période épileptoïde la pupille est tantôt rétrécie, tantôt dilatée ; M. Gowers, dans son traité tout

[1] *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'hystéro-épilepsie et l'hystérie*, 1876, p. 120, 157; et *Iconogr. de la Salpêtrière.*
[2] *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, 1881, p. 38.

récent, manque de clarté et de précision quand il dit que les pupilles sont généralement contractées pendant la convergence des yeux et quelquefois sans convergence par un spasme de l'accommodation[1]. En somme, c'est un point qui ne paraît pas avoir été le sujet d'une étude bien détaillée et qui nous semble cependant digne d'attention.

Pendant l'attaque, la pupille n'est que peu influencée par l'action de la lumière, qui provoque cependant un rétrécissement très net dans certains cas. Elle est le siège de mouvements spontanés très intéressants à observer, mais qu'on ne voit pas avec la même facilité chez toutes les malades et pendant toutes les attaques; cependant, cette étude est grandement favorisée par la répétition de ces attaques, dont les différentes phases se succèdent avec une régularité prévue, et que l'on peut interrompre à volonté par la compression ovarienne, ou reproduire par l'excitation des points hystérogènes. Tel est, en résumé, le résultat de nos observations. Au début de la première phase, de la phase épileptoïde, la face se convulse, se tourne d'un côté, les yeux deviennent fixes, les membres se raidissent et restent un moment fixes, puis la trépidation commence. Au moment où la face commence à se figer par la contraction tonique qui précède la torsion de la tête, on voit la pupille se rétrécir rapidement, puis rester immobile. Pendant toute la première partie de cette première phase, pendant la période tonique, la pupille reste contractée. Sitôt que les mouvements cloniques se produisent, la pupille se dilate fortement,

[1] *Epilepsy and other chronic convulsive diseases*; London, 1881, p. 155

et la dilatation persiste pendant la seconde partie de la phase épileptoïde et pendant toute la durée de la phase des grands mouvements. Quand arrive la phase du délire et des attitudes passionnelles, on voit des oscillations très remarquables de la pupille, des alternatives de dilatation et de rétrécissement qui varient avec l'attitude du sujet, et qui paraissent dues à la nécessité du mouvement d'accommodation provoquée par les différences d'éloignement des objets ou des personnes qui figurent dans l'hallucination. Certaines malades sont sujettes à des attaques incomplètes, qui augmentent les difficultés de l'observation de l'état de la pupille, surtout pour la contraction du début, qui est souvent extrêmement brève. Cependant on s'y retrouve assez facilement, par un examen prolongé. Ces irrégularités offrent même quelquefois un intérêt particulier. Ainsi, chez une de nos malades qui, dans ses états de mal, a des attaques incomplètes constituées seulement par une période de grands mouvements avec arc de cercle, j'ai observé plusieurs fois, avant le début de l'attaque, sans aucune trace de contraction tonique, une contraction pupillaire très énergique, constituant une sorte d'épileptoïde larvée ; de sorte que ses attaques sont plus incomplètes en apparence qu'en réalité.

Nous avons insisté sur ces signes fournis par la sensibilité oculaire et par l'état de la pupille, qui nous paraissent avoir une grande importance, pour établir l'absence de simulation ; car, à ce point de vue, ils ont une grande valeur, même à l'état d'isolement. En outre, ces phénomènes oculo-pupillaires paraîtront tout à fait caractéristiques dans l'hystéro-épilepsie,

quand j'aurai dit qu'ils sont nettement influencés par compression ovarienne. Pendant la dilatation pupillaire inséparable des mouvements, la compression ovarienne ramène instantanément le petit cercle de l'iris à ses dimensions normales. Chez les malades qui, au début de la période tonique, offrent une contraction pupillaire de quelque durée, on peut, par une compression brusque de l'ovaire, ramener brusquement la pupille à la dilatation normale, en même temps que l'on arrête l'attaque.

Il serait très important de pouvoir comparer l'état de la pupille pendant l'attaque dans l'épilepsie et dans l'hystéro-épilepsie. Cela est facile pour la période clonique, dans laquelle l'épileptique offre une dilatation pupillaire comme l'hystérique; mais le début de l'attaque est beaucoup plus difficile à observer chez l'épileptique, qui n'est point prévenu. Malgré des tentatives nombreuses, nous n'avons jamais pu arriver dans les attaques isolées à constater la contraction du début que M. Gowers a quelquefois observée ; dans plusieurs cas d'épilepsie partielle, il n'existait rien de semblable. Mais ces faits diffèrent de l'épilepsie véritable à plusieurs égards, et on n'en peut tirer de conclusions. Dans l'état de mal épileptique, on semblerait se trouver dans de meilleures conditions : mais les attaques subintrantes rendent encore l'observation très difficile. Cependant, dans un de ces cas, nous avons pu constater, dans quelques accès, une contraction de la pupille au début de la période tonique ; mais il s'agit là d'un fait isolé, auquel nous ne pouvons attacher une grande importance; d'autant moins que dans une circonstance analogue, M. Charcot a observé un phéno-

mène tout opposé, c'est-à-dire une forte dilatation dès le début des accès.

V. — MOUVEMENTS DE LA PUPILLE ET PROPRIÉTÉS DU PRISME DANS LES HALLUCINATIONS PROVOQUÉES DES HYSTÉRIQUES [1].

Une des choses qui ont le plus retardé l'étude scientifique de l'hystérie, c'est, avec la bizarrerie de certains phénomènes qui semblaient en opposition avec les lois physiologiques, la crainte de la fourberie, qui est pour ainsi dire un des symptômes de la maladie. Pour se mettre à l'abri des erreurs qui peuvent être attribuées à la prédisposition au mensonge que l'on accorde à toutes ces malades, il était bon d'étudier, dans les manifestations spontanées ou provoquées de l'hystérie, les modifications que peuvent éprouver certains organes, qui, à l'état normal, ne sont pas soumis à la volonté. La pupille peut fournir à cet égard un utile champ de recherches, soit dans l'étude des phénomènes spontanés de l'hystérie, soit dans les expérimentations sur les phénomènes que l'on peut provoquer chez certaines hystériques. Les modifications pupillaires, aux différentes phases de l'attaque d'hystéro-épilepsie, viennent d'être étudiées. Rappelons qu'à la période des attitudes passionnelles, on observe dans la pupille des alternatives de dilatation et de rétrécissement, qui ont semblé en rapport avec la distance à laquelle se trouve l'objet qui figure dans l'hallucination.

[1] Ch. Féré. — *Société de biologie*, décembre 1881.

Nous sommes parti de cette idée pour rechercher si, dans les hallucinations provoquées, on peut amener dans la pupille des modifications qui obéissent à une loi physiologique. Chez deux hystériques avec lesquelles on peut entrer en communication par la parole pendant la catalepsie, voici ce que nous avons observé : lorsque nous leur ordonnons de regarder un oiseau au sommet d'un clocher ou s'élevant tout en haut dans les airs, la pupille se dilate progressivement jusqu'à doubler, ou peu s'en faut, son diamètre primitif ; si nous faisons redescendre l'oiseau, la pupille se rétrécit graduellement ; et on peut reproduire le même phénomène autant de fois que l'on évoque l'idée d'un objet quelconque qui se meut.

Ces modifications de la pupille que l'on provoque ainsi chez une cataleptique, qui ne cesse pas d'ailleurs d'offrir tous les phénomènes propres à la catalepsie, montrent que, dans cette hallucination, l'objet fictif est exactement vu comme s'il existait, et provoque par ses mouvements des efforts d'accommodation suivant les mêmes lois que si c'était un objet réel. Il s'agit donc bien d'une hallucination véritable, qui n'a rien à faire avec la supercherie. On peut objecter, cependant, que quelques individus peuvent contracter volontairement leur pupille.

Il faut convenir toutefois, avec Leeser[1], dont nous rappelons les études critiques, que ces mouvements de la pupille, qui se produisent à vrai dire sous l'influence de la volonté, ne sont pas pour cela des mouvements volontaires ; ce sont des mouvements associés

[1] Leeser. — *Die pupillar bewegung*. Wiesbaden, 1881.

à des mouvements volontaires. Ces mouvements soi-disant volontaires de la pupille, on les observe dans les grands mouvements respiratoires, dans la déglutition, la mastication, mais surtout dans les grands efforts musculaires (R. Vigouroux)[1] qui s'accompagnent de dilatation pupillaire. Dans ces cas, la volonté n'agit que d'une manière indirecte, par excitation des centres volontairement excitables.

Seitz-Zehender[2] raconte le cas d'un étudiant en médecine qui pouvait dilater sa pupille de 3 millimètres, quand il inspirait profondément, puis arrêtait sa respiration en même temps qu'il contractait les muscles du cou. Lorsqu'il fixait un point rapproché, l'expérience réussissait encore mieux. Ce cas est peut-être le même que celui que Kügel[3] rapporte d'un Dr Szontag. Celui-ci, ayant sa pupille large de 4 à 5 millimètres à un éclairage moyen, pouvait la dilater jusqu'à 9 millimètres, c'est-à-dire jusqu'au maximum ou à peu près, quand il faisait une inspiration lente et contractait en même temps les muscles du cou et de la nuque ; l'inspiration lente et profonde pouvait, à elle seule, déterminer une dilatation appréciable.

Cette dilatation de la pupille, comme celle qui se produit dans tout effort musculaire, est tout à fait indépendante de la volonté, mais seulement associée à des mouvements volontaires. D'après tout ce que nous savons sur les mouvements associés de la pupille, ajoute Leeser, le phénomène s'explique en admettant

[1] *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 1863, t. VIII, p. 581.

[2] *Handbuch der Augenheilk.*, p. 314.

[3] *Uber die Wilkurliche veranderung der pupillengrösse*. In *Wiener med. Wochensch.*, 1860, nos 32 et 33.

une irritation du centre oculo-pupillaire vaso-moteur, en même temps que celle du centre respiratoire, vraisemblablement sous l'influence de l'acide carbonique accumulé dans le sang. Kügel admet d'ailleurs que l'anémie et l'anoxémie correspondante, déterminées dans le cerveau par l'inspiration profonde et la contraction musculaire énergique, déterminent une paralysie du centre constricteur pupillaire. Leeser admet que, dans les cas de ce genre, il y a excitation du centre dilatateur, tandis que, dans les cas d'effort respiratoire et musculaire, l'anoxémie s'y surajoute, amenant une paralysie du centre constricteur permettant la dilatation extrême de la pupille.

Le cas rapporté par Budge (*bewegungen der iris*, p. 163) semble propre à faire admettre des mouvements volontaires de la pupille ; ainsi, le professeur Beer (de Bonn), pouvait volontairement contracter et dilater sa pupille, en faisant naître en lui certaines idées ; quand il se représentait un lieu très éclairé, sa pupille se contractait; elle se dilatait au contraire quand il imaginait un endroit très obscur. Budge, qui a rencontré plusieurs personnes dont la pupille se dilatait par l'évocation de l'idée d'un lieu obscur, remarque ce qui suit : « On ne devra pas conclure de ces observations que les mouvements de l'iris sont volontaires; le phénomène est comparable à la sécrétion de salive qui se fait dans la bouche à l'idée de certains mets. »

Ce dernier fait prouve au moins que, dans certains cas, la pupille peut se contracter sous l'influence de l'imagination. Si quelques sujets peuvent contracter ou dilater leur pupille en s'imaginant des objets rapprochés ou éloignés, ils sont rares. Nous avons soumis

nos malades à l'expérience à l'état de veille, mais sans succès.

Une autre expérience, d'ailleurs, servira à prouver encore que, dans ces hallucinations provoquées, l'objet est bien vu comme un objet réel et qu'il est vu des deux yeux suivant les lois physiologiques ordinaires. Sur les deux malades déjà étudiées et sur plusieurs autres, nous avons observé ce qui suit. Pendant le sommeil hypnotique ou pendant la catalepsie, on leur inculque l'idée qu'il existe sur une table de couleur sombre un portrait de profil ; à leur réveil, elles voient distinctement le même portrait. Si alors, sans prévenir, on place un prisme devant un des yeux, immédiatement le sujet s'étonne de voir deux profils, et toujours l'image fausse est placée conformément aux lois de la physique. Deux de ces sujets peuvent répondre conformément dans l'état cataleptique ; ils n'ont aucune notion des propriétés du prisme ; d'ailleurs, on peut facilement leur dissimuler la position précise dans laquelle on le place ; et il est aisé de les rapprocher assez de la table pour que celle-ci ne soit point elle-même doublée, ce qui pourrait servir d'indice ; nous avons répété la même expérience avec succès sur un mur à surface uniforme. Si on presse latéralement sur un globe oculaire de façon à déranger l'axe optique, on provoque la même diplopie, qui a déjà, du reste, été notée par ce procédé dans les hallucinations spontanées chez certains aliénés (Brewster)[1]. M. Despine[2] a pu constater, par la pression latérale

[1] Cité par Despine.

[2] P. Despine. — *Etude scientifique sur le somnambulisme*, etc., 1880 p. 328. — *Théorie physiologique de l'hallucination*, 1881, p. 8.

du globe oculaire, ce même dédoublement de l'objet fictif dans les hallucinations *spontanées* d'un hystérique mâle ; M. Ball [1] a observé un autre fait semblable.

Un point intéressant à remarquer, c'est que, pour une distance donnée, le prisme provoque ou ne provoque pas un dédoublement de l'image, suivant qu'on le place devant l'œil le plus près de l'état normal, ou devant l'œil le plus amblyope. Du reste, à l'état de veille, on observe le même phénomène dans la vision des objets réels. Une de nos malades, complètement achromatopsique d'un œil, ne peut avoir d'hallucinations colorées de cet œil ; et, si on lui suggère l'idée d'une figure géométrique colorée en rouge, par exemple, cette image ne peut pas être dédoublée par le prisme. Il n'y a aucune contradiction entre tous ces faits.

Les expériences de MM. Schiff, Foa, Vulpian, ont montré que, des excitations portées sur un nerf sensitif peuvent produire la dilatation de la pupille, et Mosso a pu considérer la pupille comme un véritable æsthésiomètre.

Il existe donc certains moyens efficaces de faire mouvoir la pupille indirectement sous l'influence de la volonté ; mais il est facile de s'assurer que rien de semblable n'intervenait chez nos malades ; on peut s'assurer qu'il s'agit, non de phénomènes simulés, mais d'hallucinations en tout analogues à celles qui se produisent spontanément. Les hallucinations *provoquées* des hystériques peuvent donc servir à l'étude des hallucinations spontanées.

[1] B. Ball. — *Théorie des hallucinations*. In *Revue scientifique*, 1880, p. 1881.

Ces divers faits, mouvements de la pupille et dédoublement de l'image par le prisme, peuvent être cités à l'appui de la théorie psycho-sensorielle des hallucinations.

VI. — LA DOULEUR DITE OVARIENNE DES HYSTÉRIQUES A POUR SIÈGE L'OVAIRE

Nous ne reviendrons pas sur les anciennes discussions au sujet du siège de la douleur hypogastrique des hystériques, que les uns considéraient comme cutanée, que d'autres localisaient dans les muscles, etc. C'est surtout sur des idées théoriques qu'on s'est basé tout d'abord pour rattacher cette douleur à l'ovaire, qui, cependant, avait pu quelquefois être atteint par la palpation abdominale (Charcot [1]). Toutefois, on n'avait point assez nettement constaté la coïncidence de la douleur ovarienne avec l'existence de la tumeur formée soi-disant par l'ovaire, et, d'ailleurs, certains accoucheurs, et en particulier M. Duncan [2], avaient pu contester que l'ovaire pût être atteint par la palpation abdominale, et qu'il occupât le siège habituel de la douleur hypogastrique des hystériques. La question devait donc rester pendante, d'autant plus que le toucher vaginal et rectal qui, combinés à la palpation abdominale, auraient pu donner des résultats plus précis, ne pouvaient guère être mis en usage chez ces

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 4e édition 1880, p. 320 et suiv.

[2] Duncan. — *British. med. Assoc. in Cambridge*, 1878. (*Briti Journ.* August 28, 1878, p. 329.

sujets, dont le caractère particulier rend ces manœuvres délicates ou même dangereuses.

Une circonstance s'est présentée, qui a favorisé la solution de la question : nous avons pu suivre la grossesse de deux hystériques. Rappelons tout d'abord que, pendant la grossesse, les ovaires se déplacent avec le fond de l'utérus, et que, dans les derniers temps de la gestation, ces organes deviennent accessibles et facilement reconnaissables par le palper abdominal. Il est rare, toutefois, que les deux ovaires puissent être sentis en même temps ; mais, la pression sur les points qu'ils occupent détermine une sensation spéciale. Ces détails ont été mis en lumière par M. Budin[1], et développés par son élève M. Chaignot dans sa thèse[2].

Premier cas. — La nommée B..., dont l'histoire se trouve en détail dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*[3] est hystéro-épileptique. Elle était sortie guérie du service de M. Charcot, au mois de juin 1880. Elle n'avait plus alors ni anesthésie, ni attaques convulsives, ni points hystérogènes, et résistait à tous moyens d'hpynotisation. Quelques mois après sa sortie, elle redevint hémianesthésique droite et hypnotisable. Elle se trouva enceinte, et, pendant toute la durée de sa grossesse, elle resta hémianesthésique et hypnotisable, mais les attaques ne se reproduisirent pas, et on ne pouvait pas les provoquer par la pression sur les anciens points hystérogènes. Pendant les quatre premiers mois de la gestation, elle fut sujette à des vomissements, qui se répétaient quelquefois jusqu'à dix fois dans les vingt-quatre heures et qui amenèrent un amaigrissement notable. Elle n'éprouva rien de particulier pendant le reste du temps : les symptômes permanents de l'hystérie persistaient seuls.

[1] *Bull. Soc. biol.*, 1879.

[2] *Etude sur l'exploration de la sensibilité de l'ovaire et en particulier de la douleur ovarique chez la femme enceinte*. Th. de Paris, 1879.

[3] Bourneville et Regnard. — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 187 et t. III, p. 300.

A la fin du huitième mois, elle rentra à la Salpêtrière. Le jour même de son entrée, on se livra à l'exploration des ovaires, la malade déclarant elle-même que ses points douloureux étaient remontés. Ces manœuvres déterminèrent le lendemain des coliques utérines, qui firent craindre un avortement, mais cédèrent à des lavements laudanisés. Nous fûmes alors frappés de ce fait que la malade, qui était facilement hypnotisable le jour de son entrée, ne le fut plus par aucun procédé pendant toute la journée que durèrent ses coliques ; elle le redevint dès que ces douleurs eurent cessé. C'est là un fait intéressant à noter, parce que nous le verrons se reproduire au moment du travail.

30 *octobre*. — Le fond de l'utérus remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'ombilic lui-même, porté en haut et en avant, est distant de 205 millimètres de chaque épine iliaque antéro-supérieure et de 18 centimètres du pubis.

Si on mène, de chaque côté, une ligne fictive de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, on constate que le point douloureux, qui a à peu près 2 centimètres de diamètre de chaque côté, se trouve du côté gauche, à 55 millimètres au-dessus de la ligne indiquée et à 85 millimètres en dedans de l'épine iliaque ; du côté droit, le point douloureux est à 35 millimètres au-dessus de cette ligne, et à 70 millimètres en dedans de l'épine iliaque.

On hypnotise la malade à plusieurs reprises, et on peut se convaincre que ce n'est qu'au niveau des petites régions douloureuses, que nous venons de localiser, que la pression peut provoquer le réveil. Le doigt, introduit dans le vagin, peut comprimer autant que possible de chaque côté du col sans produire rien qui ressemble aux phénomènes qui accompagnent la pression sur le point douloureux abdominal.

En cherchant à constater directement la présence des ovaires par la palpation abdominale, M. Budin ne peut y parvenir. On n'arrive point à les sentir sous les doigts ; les parois utérines sont molles, dépressibles, il n'y a pas de plans résistant sur lequel on puisse les comprimer et les isoler. M. Budin reconnaît, toutefois, que les points douloureux correspondent au siège des ovaires à cette période de la grossesse.

Le travail a commencé dans la nuit du 19 au 20

vers neuf heures et demie du soir. Quand nous sommes arrivé, à deux heures du matin, avec M. Budin, l'orifice utérin était dilaté et mesurait 2 centimètres environ de diamètre. L'enfant se présentait par le sommet, en position occipito-iliaque gauche antérieure : le travail marchait normalement. Le point douloureux ovarien gauche se trouvait sur une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic, à 9 centimètres de l'épine et à 12 centimètres de l'ombilic. Le point droit était à un centimètre au-dessous de la même ligne, et seulement à 8 centimètres de l'épine iliaque. On voit donc que, depuis le 30 octobre, les points ovariens se sont notablement abaissés, en suivant le fond de l'utérus.

Pendant toute la durée du travail, l'hypnotisation a été absolument impossible, soit par la fixité du regard, soit par la pression oculaire ; le bruit du tam-tam, la lumière du magnésium n'ont eu aucun effet. Cependant, à l'aide des inhalations d'éther, de chloroforme ensuite, on détermine l'analgésie, mais les mêmes moyens d'hypnotisation ne réussissent pas alors davantage, malgré la bonne volonté du sujet. La malade, qui a conservé son intelligence et qui auparavant gémissait presque continuellement, déclare qu'elle ne souffre plus. Il semble donc que si, en ayant recours aux différents procédés qui réussissent habituellement, on ne peut pas obtenir le sommeil hypnotique, ce n'est pas seulement à cause de la douleur. Nous n'avons donc pas pu, pendant le travail, contrôler par le réveil le siège des points ovariens ; mais la pression sur ces points provoque toujours une sensation de boule qui remonte à l'épigastre et à la base du cou, en déterminant des mouvements de déglutition.

On pousse plus loin l'administration du chloroforme, on arrive à l'anesthésie complète, la malade ronfle, puis on cesse le chloroforme. A aucun moment, entre l'anesthésie totale et le retour à l'état normal, on ne peut, par aucun moyen, déterminer le sommeil hypnotique.

Toutefois, une constatation plus importante a pu être faite au moment des contractions utérines. M. Budin a pu nous faire toucher, à plusieurs reprises, du côté gauche, une petite tumeur ovoïde, grosse comme la phalangette du pouce, mobile et glissant sur la surface de l'utérus qui formait alors sous les doigts un plan résistant. La pression sur cette petite tumeur provoquait les phénomènes ordinaires de la pression sur le

point douloureux dit ovarien (sensation de boule qui remonte, mouvements de déglutition, etc.). Cette tumeur, dont le siège est celui de l'ovaire au moment de l'accouchement, a pu seulement être sentie à gauche.

A sept heures et demie, la dilatation était complète; on rompit les membranes. La malade, souffrant davantage, réclama avec insistance le chloroforme. On la plongea de nouveau dans l'analgésie, et elle accoucha d'une fille bien constituée à huit heures quarante-cinq, sans en avoir conscience. Aussitôt après l'accouchement, on chercha, mais en vain, à sentir l'ovaire; au moment de la contraction utérine, on sentait le ligament rond qui formait sous le doigt une corde dure; mais le corps globuleux formé par l'ovaire n'était pas perceptible. A neuf heures, le placenta était expulsé. L'hypnotisation était encore impossible à ce moment.

A neuf heures vingt-cinq, la malade est hypnotisée par la fixité du regard, mais péniblement. La lampe au magnésium n'avait produit aucun effet cinq minutes auparavant.

L'ovaire gauche n'est plus senti; mais, à neuf heures et demie, il est possible de déterminer la position des deux ovaires par la sensibilité spéciale que l'on constate sur une petite région de 2 centimètres de diamètre environ de chaque côté.

Le fond de l'utérus, fortement incliné vers la droite, dépasse le pubis de 19 centimètres. Le corps a une largeur de 11 centimètres. L'ombilic s'est abaissé, n'est plus qu'à 14 centimètres du pubis et à 13 centimètres des épines iliaques antérieures et supérieures. Le point ovarien gauche est à 2 centimètres au-dessous de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque et à 5 centimètres en dedans de cette épine. Le point droit est à 1 centimètre au-dessous de la même ligne et à 4 centimètres en dedans de l'épine iliaque. On voit donc que, bien que la ligne ilio-ombilicale prise pour point de repère se soit notablement inclinée vers l'horizontale, les points ovariens ont encore subi, par rapport à cette ligne, un mouvement de descente très appréciable.

Ce mouvement de descente s'est encore accentué les jours suivants. Le 25 *novembre*, l'ovaire gauche se trouvait à 30 millimètres en dedans de l'épine iliaque et à 35 millimètres au-dessous de la ligne bi-iliaque; l'ovaire droit était à 5 centimètres en dedans de l'épine et à 2 centimètres en dessous de la ligne bi-iliaque.

Le 20 *décembre*, les points douloureux sont devenus plus profonds et par conséquent moins faciles à bien limiter ; ils paraissent à peu près symétriquement placés à 6 centimètres au-dessous de la ligne passant par les deux épines iliaques supérieures et 5 centimètres en dedans de ces épines. Si, après avoir cataleptisé la malade, on pratique le toucher vaginal, et si l'on presse fortement à gauche du museau de tanche, on provoque le réveil, tout comme si on pressait sur l'abdomen dans la région ovarienne. On ne peut pas produire le même phénomène du côté droit. (Notons que, pendant tout le travail, nous avons pu constater la persistance de l'anesthésie toutes les fois que nous l'avons cherchée quand la malade n'était pas sous l'influence du chloroforme.

Deuxième cas. — La nommée V..., dont l'observation est rapportée en détail dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*[1], n'avait plus d'attaques quand elle est sortie de l'hospice il y a un an ; mais elle avait conservé son anesthésie totale. Elle s'est mariée depuis et rentra à la Salpêtrière à la fin de novembre ; elle était alors au neuvième mois de sa grossesse.

Les attaques ne se sont pas renouvelées depuis qu'elle est enceinte, mais l'état de la sensibilité ne s'est pas modifié.

Elle déclare spontanément que ses points ovariens ont remonté, et quand on lui demande de montrer avec le doigt le siège de la douleur, elle désigne deux points symétriques, situés sur un plan horizontal passant par l'ombilic et situés environ à 15 centimètres en dehors (l'ombilic se trouve alors à 20 centimètres au-dessus du pubis). La pression sur ces points provoque une douleur vive et la sensation de quelque chose qui remonte vers la gorge. La malade, interrogée à différentes reprises pendant le dernier mois de la gestation, a toujours fait des réponses identiques, et la position des deux points douloureux n'a pas varié. Toutefois, comme elle n'est pas hypnotisable, nous n'avons pas pu faire les expériences de contrôle qui donnent tant de netteté au fait qui précède.

26 *décembre*. — Les premières douleurs se sont manifestées à trois heures du matin, mais éloignées et peu intenses jusqu'à

[1] Bourneville et Regnard. — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 93.

dix heures. A partir de ce moment, elles sont venues plus fortes et presque continues. A onze heures et demie, lorsque nous pratiquons le toucher, la tête est déjà très engagée dans l'excavation, le col est effacé ; mais son orifice laisse à peine pénétrer la phalangette de l'index.

A deux heures, les douleurs augmentent d'intensité, mais se sont espacées. De trois à quatre heures, bain tiède. A quatre heures, l'orifice utérin offre un diamètre de 3 centimètres environ : position occipito-iliaque gauche antérieure. Depuis que les douleurs sont devenues un peu fortes, c'est-à-dire depuis dix heures, la malade éprouve de temps en temps des crampes très douloureuses dans le membre inférieur droit et exclusivement dans sa partie externe. Rien de changé dans l'état de la sensibilité.

Depuis le bain, les douleurs se rapprochent ; à sept heures et demie, elles reviennent toutes les cinq minutes, la malade se met au lit.

A sept heures cinquante-cinq, au moment d'une douleur, la malade est prise d'une attaque de contracture avec perte de connaissance et ronflement, les bras sont en croix, les jambes dans l'extension, la malade geint et la résolution se produit, en commençant par le côté gauche, à huit heures deux minutes. Deux minutes après, deuxième attaque de contracture, le bras droit étendu, et le gauche en flexion sur la poitrine, les jambes étendues ; la malade ronfle, mousse et geint ; la contracture a duré trois minutes, et a cessé encore par le côté gauche d'abord. Une minute après, nouvelle attaque analogue à la seconde. Depuis le commencement de la première attaque jusqu'à la fin de la troisième, la malade n'a pas repris connaissance. Alors, la malade se plaint, geint, ne peut se tenir en place, sans pouvoir déterminer cependant où elle souffre.

A huit heures et quart, elle se plaint de nouveau de crampes très vives dans la jambe droite ; puis elle s'assoupit.

A partir de huit heures et demie, chaque fois qu'elle a une douleur un peu forte, elle éprouve en même temps une sensation de compression au-dessus du sein gauche ; elle sent quelque chose qui lui remonte à la gorge en déterminant une vive anxiété et une dyspnée considérable.

A neuf heures et demie, une douleur, qui s'est accompagnée des sensations dont nous venons de parler, est suivie d'une

attaque de contracture analogue aux précédentes et qui dure trois minutes.

A neuf heures quarante-cinq, nous faisons respirer à la malade quelques gouttes de chloroforme et, à partir de ce moment, les douleurs ne se sont plus accompagnées d'aucun phénomène particulier. La malade réclame, du reste, le chloroforme avec insistance à chaque fois qu'on suspend quelque temps les inhalations, qui ont toujours été faites à faible dose.

Les deux points douloureux, dits ovariens, sont situés environ 2 centimètres au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic et symétriquement à 15 centimètres en dehors de ce point. Pendant une forte contraction, j'ai pu sentir, du côté gauche, un petit corps ovoïde du volume d'un marron environ, s'échappant dès que je pressais un peu. Je n'ai pas pu obtenir une sensation analogue du côté droit.

L'anesthésie n'a pas été modifiée un instant.

A partir de dix heures, nous avons augmenté un peu le chloroforme, la malade ne sentait plus ses douleurs; mais, vers onze heures un quart, il survint une nouvelle attaque de contracture, le chloroforme fut suspendu. Nous pûmes constater quelques minutes après que l'insensibilité n'était pas modifiée. Les douleurs étant devenues très fortes, nous avons donné le chloroforme jusqu'à résolution, et la malade accoucha sans en avoir conscience, à onze heures trente-cinq minutes, d'une fille bien constituée. A minuit dix, le placenta était expulsé.

Après la délivrance, la malade s'est plainte pendant plusieurs heures de douleurs vives dans tout le ventre. Ce n'est qu'à cinq heures du matin que nous avons exploré la position des points douloureux, qui étaient redescendus : le gauche, au niveau de la ligne bi-iliaque, et 4 centimètres en dedans de l'épine; le droit, à 1 centimètre au-dessous de la même ligne et à 5 centimètres en dedans de l'épine iliaque.

Les deux points douloureux ont continué leur descente, et, six semaines après l'accouchement, nous avons pu vérifier qu'ils avaient repris leur position primitive dans le petit bassin, au voisinage du point où on sent battre l'artère iliaque.

En somme, nous avons pu constater deux fois, pendant la grossesse, un déplacement des points doulou-

reux, qui subissaient un mouvement d'ascension proportionnel au développement de l'utérus gravide.

Dans ces mêmes cas, nous avons pu, après l'accouchement, constater la descente des mêmes points douloureux, encore proportionnelle à l'évolution utérine. Dans ces différents moments, les points douloureux conservaient une situation qui est précisément celle qu'occupe l'ovaire, puis au terme de la grossesse, après l'accouchement et à l'état de vacuité. Aussi nous nous croyons fondé à considérer comme établi que le siège de la douleur iliaque des hystériques est bien l'ovaire, comme le soutient depuis longtemps M. Charcot.

Ces deux faits sont en outre intéressants, en ce qu'ils montrent que les perturbations les plus violentes peuvent ne pas modifier les phénomènes permanents de l'hystérie et particulièrement l'anesthésie.

VII. — Compression de l'ovaire.

Depuis que M. Charcot a remis en honneur la compression ovarienne pour arrêter l'attaque d'hystérie, on a tenté, à différentes reprises, de remplacer la compression manuelle, qui ne peut être longtemps maintenue, par la compression mécanique dont la durée ne peut être limitée que par la tolérance des malades.

Le premier appareil a été imaginé par M. Poirier [1]. Cet appareil, qui présente une grande analogie avec les compresseurs de l'aorte, remplissait le but qu'on se proposait d'atteindre, en ce sens qu'il permettait d'ar-

[1] *Progrès médical*, 1878, p. 993.

rêter l'attaque aussi longtemps que la malade pouvait le supporter; mais il n'était applicable que dans le décubitus dorsal, et, au bout de peu de temps, la patiente, fatiguée du séjour au lit, préférait enlever le compresseur et laisser partir son attaque.

L'appareil de M. Ballet, constitué par une ceinture formée intérieurement d'armatures en fer, mobiles, supportant des tampons également mobiles, présente l'avantage d'être portatif, mais il est compliqué et un peu coûteux.

Le compresseur que nous avons fait construire par M. Aubry est beaucoup plus simple. Ce n'est pas un appareil nouveau; il consiste en un bandage à ressort très analogue au bandage français pour la contention des hernies; mais le ressort est plus résistant, élargi et fortement rembourré à la partie postérieure où il repose

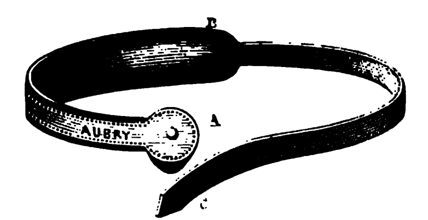


Fig. 24. — Compresseur ovarique simple, pour le côté droit. — A, Pelote de caoutchouc répondant à la région ovarienne. — B, Point d'appui dorsal, bien garni. — C, Courroie d'attache, se fixant au bouton de la pelotte.

sur la colonne vertébrale qui sert de point d'appui. En avant, il est tordu de haut en bas et d'avant en arrière, de sorte que la pelote qui s'applique du côté qui supporte le ressort est dirigée obliquement en bas et en arrière, vers la partie externe de l'excavation où l'on sent battre l'artère iliaque. Du reste, on jugera mieux

de la forme générale de l'appareil par la *figure 24*, que par une longue description.

La pelote A a la forme d'un cône émoussé, de quatre centimètres et demi de hauteur environ, et elle est constituée par une sorte de godet en caoutchouc, de un centimètre d'épaisseur; de sorte que, bien qu'elle soit assez résistante pour donner une pression suffisante, elle conserve une certaine mollesse qui permet de la supporter longtemps sans douleur. Comme on le voit dans la *fig. 25*, le ressort peut s'appliquer comme

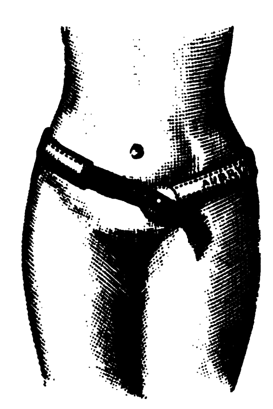


Fig. 25. — Compresseur ovarique gauche, en place. (D'après une photographie de M. Loreau.)

celui d'un bandage herniaire; il peut se placer facilement au-dessous de la crête iliaque, de sorte que les malades ont la possibilité de porter un corset, de se vêtir et d'agir sans plus de gêne que si elles avaient une hernie contenue.

Bien que la compression obtenue par cet appareil ne soit pas très forte, elle est toujours suffisante. On sait d'ailleurs que, s'il faut un effort de pression assez

considérable pour se rendre maître d'une attaque commencée, les malades peuvent ordinairement, lorsqu'elles la sentent venir, éviter elles-mêmes sa production par l'application d'un ou deux doigts sur la région ovarienne. Il n'était donc pas nécessaire de rechercher un appareil très énergique; on pourrait, d'ailleurs, faire varier la force du ressort, suivant les sujets.

Pour quelques cas spéciaux, nous avons fait construire un appareil un peu plus compliqué permettant de déplacer la pelote dans tous les sens et de modifier à volonté la pression (*fig. 26*).

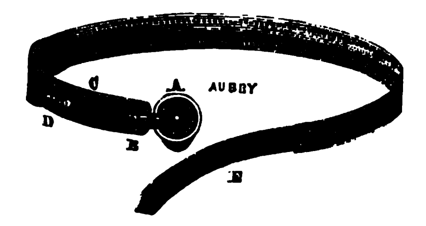


Fig. 26. — Compresseur simple modifié. — A, Pelote mobile. — B, Tourillon permettant d'incliner plus ou moins la pelote. — C, Coulisse permettant d'allonger ou de raccourcir le bandage et de faire avancer la pelote vers la ligne médiane ou de la rapprocher de l'épine iliaque. — D, Brisure du bandage, munie d'une vis de pression permettant de fermer plus ou moins le ressort, et d'augmenter ou de diminuer à volonté la pression.

Pour les rares malades qui ont besoin d'être comprimées des deux côtés, M. Aubry nous a construit un bandage double qui s'applique aussi très facilement (*fig. 27*), et qui est susceptible des mêmes perfectionnements que le bandage simple.

Ces compresseurs, qui sont très simples et d'un prix modique, ont l'avantage non seulement d'être portatifs, mais encore de comprimer sans serrer le ventre qui est généralement ballonné quand les malades sont

sous le coup d'une attaque. Nous avons pu constater, depuis six mois que nous les expérimentons dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, qu'ils sont supportés sans aucune gêne, et nous avons vu des malades suspendre leurs attaques pendant des périodes inouïes auparavant ; l'une d'elles, par exemple, a pu garder le compresseur pendant trois semaines.

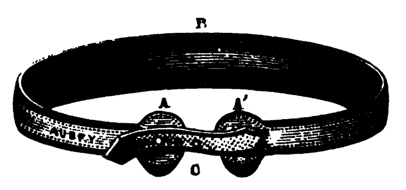


Fig. 27 — Compresseur double. A, A', Pelotes en caoutchouc répondant aux deux régions ovariennes.

Nous ne voulons pas dire que la compression puisse arriver à supprimer les attaques. Cependant, nous devons enregistrer un fait important : une de nos malades, après avoir, sous les menaces permanentes de l'attaque, gardé le compresseur pendant plus de vingt jours, put l'enlever sans avoir d'attaque ; mais, au lieu de rester deux semaines ou plus sans éprouver de nouvelles menaces, comme cela lui arrivait lorsqu'elle avait été déchargée par une attaque, il lui fallut reprendre le bandage au bout de cinq jours. Ce fait montre que l'action de la compression est surtout suspensive ; toutefois, la possibilité de la suspension des attaques chez les hystériques qui vivent de la vie commune est assez importante pour qu'on doive chercher à rendre aussi pratiques que possible les moyens qui la produisent.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPNOTISME CHEZ LES HYSTÉRIQUES; DU PHÉNOMÈNE DE L'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE (*Suite*)[1];

Par MM. CHARCOT et PAUL RICHER.

D. — État cataleptiforme.

Il est des cas dans lesquels l'hyperexcitabilité neuro-musculaire donne naissance à une sorte de catalepsie qu'il importe de ne pas confondre avec la catalepsie véritable et que pour cette raison nous avons proposé de désigner sous le nom d'*état cataleptiforme*. Pour l'intelligence de ce qui va suivre, il est nécessaire de rappeler ici les caractères de la véritable catalepsie, telle qu'elle se présente chez nos malades pendant une des phases du sommeil nerveux désigné sous le nom d'hypnotisme.

L'état cataleptique survient d'emblée à la suite de l'impression brusque d'une vive lumière sur la rétine (lumière électrique, lampe Bourbouze, etc.), sous l'influence des vibrations d'un grand diapason, ou bien encore à la suite d'un bruit violent inattendu (coup de gong).

[1] Voir le n° 5, p. 32 ; n° 6, p. 173 ; n° 8, p. 129.

Il succède également à la léthargie hypnotique obtenue le plus souvent directement par la fixité du regard. Il suffit, dans ce cas, de soulever les paupières d'une malade léthargique pour la rendre immédiatement cataleptique. Les caractères de cet état cataleptique sont les suivants :

1° Les yeux sont ouverts, et le regard possède une fixité sur laquelle nous insistons comme un des signes les plus importants. La physionomie est impassible et expressive à la fois, la malade paraît absorbée. Ce visage est très vraisemblablement celui de l'*extase cataleptique* des auteurs ;

2° Le clignement a disparu. La conjonctive est rouge, les larmes coulent quelquefois sur la joue. L'anesthésie a envahi, le plus souvent, la conjonctive et jusqu'à la cornée. L'état de la pupille varie ;

3° Les membres gardent les positions qu'on leur communique. Ils paraissent d'une grande légèreté, lorsqu'on les soulève ou qu'on modifie leurs attitudes. La *flexibilitas cerea* ou la roideur des mannequins de peintre n'existe pas. On modifie l'attitude des membres avec la plus grande facilité et sans le moindre effort. Les attitudes ainsi communiquées sont gardées par les sujets pendant fort longtemps et le massage ou la friction des masses musculaires ne les modifient pas. Enfin cet état cataleptique est uniformément développé sur tous les membres et le tronc ;

4° L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas. Les réflexes tendineux sont complètement abolis ;

5° L'anesthésie cutanée est complète. Persistance partielle des sens ;

6° Suggestion. Influence du geste sur la physionomie.

Phénomènes psychiques sur lesquels nous n'avons pas à insister ici : automatisme, hallucinations provoquées[1].

L'état cataleptique dont nous venons d'indiquer les principaux traits constitue un des modes du sommeil nerveux, bien distinct de cet autre mode que nous avons décrit sous le nom de *léthargie hystérique provoquée* dont l'hyperexcitabilité neuro-musculaire constitue un des principaux caractères.

L'on sait comment ces deux modes du sommeil nerveux peuvent se succéder chez un même sujet, ou même s'y montrer simultanément en n'affectant chacun qu'une moitié du corps (hémi-léthargie, hémi-catalepsie). Mais il n'en est pas toujours ainsi ; à côté des cas que l'on pourrait appeler les cas types et réguliers dans lesquels tous les symptômes offrent le caractère de précision sur lequel nous venons d'insister, il en est d'autres moins parfaits dans lesquels le sommeil hypnotique n'est plus susceptible d'être divisé en deux périodes distinctes : état léthargique avec hyperexcitabilité neuro-musculaire, et état cataleptique. C'est une sorte d'état mixte qui paraît tenir des deux à la fois, et qui compte au nombre de ses manifestations les symptômes cataleptiformes dont il est question.

Dans l'exemple suivant l'hypnotisme est caractérisé par un délire spontané ou provoqué. Il s'y joint l'état musculaire spécial sur lequel nous insistons ici.

[1] En résumé cet état cataleptique, à cause de la fixité du regard, de la légèreté et de la souplesse des mouvements, de l'harmonie qui existe entre les gestes et l'expression de la physionomie, pourrait être désigné sous le nom de *catalepsie plastique*. Elle permet d'imprimer aux sujets les attitudes les plus variées, susceptibles même de satisfaire aux lois de l'esthétique et si les sculpteurs de l'antiquité ont fait poser, comme modèles, des femmes cataleptiques, ainsi que le prétendent quelques auteurs, bien certainement il s'agissait de la catalepsie que nous venons de décrire.

H..., hystéro-épileptique, anesthétique totale et achromatopsique excepté pour le violet; a des grandes attaques convulsives dans lesquelles le spasme laryngé se montre à un degré peu ordinaire. Les réflexes tendineux sont manifestement exagérés aux genoux, ils offrent même une légère tendance à la généralisation. Par contre, aux coudes et aux poignets, ils sont très peu marqués.

9 *février* 1881. Tentative d'hypnotisme par le procédé de la fixité du regard, en convergence supérieure. Au bout de cinq minutes environ, les yeux se ferment tout à coup, la tête se renverse, le cou se gonfle et la respiration devient laborieuse. Il se produit un spasme laryngien analogue à celui qui se montre pendant ses grandes attaques convulsives, avec cette différence toutefois, qu'il est ici bien moins violent. Bientôt le spasme cesse, et sans ouvrir les yeux, ni reprendre connaissance, la malade se met à divaguer, en proie à un délire qui ne tarde pas à être interrompu par une nouvelle crise de spasme laryngien. L'état de somniation ainsi produit se compose de deux phases distinctes qui se succèdent alternativement à la façon de ce qui a lieu dans ses grandes attaques convulsives. La phase délirante présente ceci de particulier : le délire survient bien spontanément comme il arrive dans la grande attaque, il est parfois incohérent, d'autres fois il roule sur des sujets variés se rapportant aux incidents qui ont marqué la vie de la malade ; mais de plus il peut être provoqué par l'observateur et conduit dans une direction déterminée. Les sens de la malade ne sont pas complètement fermés au monde extérieur. Elle entend les questions qu'on lui adresse, y répond d'une façon plus ou moins juste, et il est facile de provoquer chez elle des hallucinations variées.

Pendant tout ce temps l'état musculaire est intéressant à noter et c'est sur lui que nous appelons particulièrement l'attention. Il persiste avec les mêmes caractères pendant la phase de spasme ou celle de délire, et que la malade ait les yeux ouverts ou fermés. En premier lieu nous constatons une exagération très marquée des réflexes tendineux aux coudes et aux poignets. Aux genoux, le choc sur le tendon rotulien, en outre de la secousse de la jambe, provoque un soubresaut dans les deux bras. — Mais les manifestations de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne se bornent pas là.

La percussion répétée ou la friction des tendons du poignet

amènent la contracture de la main soit en flexion, soit en extension, suivant les tendons excités.

La malaxation des masses musculaires de l'avant-bras produit également la contracture; la même chose se produit aux cuisses.

Le sterno-mastoïdien se contracture aussi sous l'influence de l'excitation mécanique, mais les muscles de la face demeurent inexcitables. L'excitation du nerf cubital en arrière de l'épitrochée provoque la contracture du poignet et de la main dans la flexion; la griffe cubitale est imparfaite. Ces contractures diverses cèdent par la friction des muscles antagonistes.

Jusqu'ici nous voyons que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire présente, à peu de chose près, la plupart des caractères que nous avons décrits précédemment; mais nous constatons en outre une aptitude spéciale des membres à conserver les attitudes communiquées. Il semble que l'état cataleptique et l'état d'hyperexcitabilité neuro-musculaire soient ici confondus et existent en même temps. Avec un peu d'attention cependant il est facile de se convaincre qu'il ne s'agit pas ici de l'état cataleptique véritable; mais d'une sorte d'état cataleptique déjà décrit par l'un de nous, et qui ne saurait être considéré que comme une nouvelle manifestation de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

En effet les membres sont toujours lourds à soulever; ils ne conservent qu'imparfaitement les attitudes communiquées, et la friction amène toujours la détente du membre, et la résolution musculaire complète. En soulevant les paupières de la malade et en maintenant ses yeux ouverts, l'état cataleptique véritable ne saurait être obtenu. Les réflexes tendineux persistent, et si les membres gardent les attitudes communiquées, c'est avec les mêmes caractères que précédemment. De plus la contracture par excitation mécanique directe est toujours possible.

Que les yeux soient ouverts ou fermés, la motilité, chez cette malade, présente les mêmes modifications. Nous avons remarqué que les yeux maintenus ouverts présentaient toujours un certain degré de convergence.

Nous avons pu observer cet état cataleptiforme chez plusieurs de nos malades, les caractères qu'il présente

se sont montrés identiques et il est inutile d'en multiplier les exemples. Il ressort des faits que nous avons pu étudier que cet état, qui paraît tenir à la fois et de la léthargie et de la catalepsie, caractérise pour ainsi dire un degré inférieur de l'hypnotisme. Il se montre chez les sujets peu aptes à ce genre de recherches, ou bien s'il se rencontre chez les sujets bien prédisposés, ce n'est que dans les premières expériences, avant que l'état hypnotique, par la répétition des séances, se soit pour ainsi dire perfectionné. En effet, les malades chez lesquelles on l'observe ne présentent généralement ni l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans son état complet de développement, tel que nous l'avons décrit, ni l'état cataleptique parfait, dont nous avons rappelé les caractères. L'occlusion ou l'ouverture des paupières ne le modifient pas sensiblement. Nous avons pu noter que le plus souvent, dans ce cas, les yeux ne se laissent pas ouvrir facilement; un spasme maintient les paupières fermées, la pupille fuit la lumière en se cachant soit sous la paupière supérieure, soit sous la paupière inférieure; lorsque néanmoins on arrive à la découvrir on constate un degré des trabisme plus ou moins accusé, ou bien si le regard paraît direct, il est sans fixité et les paupières ont une tendance invincible à se fermer. Cependant nous avons pu remarquer quelquefois que lorsque les yeux étaient ouverts, quelqu'imparfaitement que ce soit, l'aptitude des membres à conserver les attitudes communiquées augmentait, sans que la tendance à la contracture provoquée fut pour cela diminuée.

En résumé, les caractères de l'état cataleptiforme sont les suivants:

1° Les yeux sont le plus souvent fermés, s'ils sont ouverts la convulsion des globes oculaires empêche toute fixité du regard.

2° L'aptitude des membres à garder une situation communiquée présente les particularités suivantes :

a.) Souvent cette aptitude est inégalement développée sur les différents segments du corps.

b.) Le membre est lourd à soulever et il existe dans les articulations une certaine roideur (*flexibilitas cerea*).

c). Pour que le membre garde la position dans laquelle on le place, il faut *insister quelque peu*, et le *maintenir* au moins quelques secondes avant de l'abandonner.

d). Dans le plus grand nombre de cas, le membre *retombe bientôt* de lui-même.

e). Enfin la *friction et le massage des masses musculaires amènent toujours* la résolution du membre qui retombe inerte.

3° L'hyperexcitabilité neuro-musculaire existe à un degré quelconque. Les réflexes tendineux sont exaltés.

4° Que les yeux soient ouverts ou fermés, l'état musculaire reste le même, présentant toujours ce double caractère d'hyperexcitabilité et d'état cataleptiforme.

Il nous paraît facile de saisir de quelle manière l'état cataleptiforme se rattache au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Le membre qui paraît cataleptique n'est, en somme, qu'un membre contracturé. La contracture s'y développe sous l'influence des manœuvres de l'expérimentateur qui cherche à déplacer le membre. Nous avons vu, en effet, qu'il est nécessaire d'insister un peu pour faire garder au membre l'attitude communiquée. De

plus, lorsqu'on cherche à modifier l'attitude du membre, on constate une roideur, indice certain de contracture. Enfin cette contracture cède sous l'influence de la malaxation du membre.

Pour terminer, nous rapporterons l'observation suivante qui met bien en relief et les différences qui séparent l'état cataleptiforme de l'état cataleptique véritable et les liens qui rattachent cet état cataleptiforme au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

31 *janvier* 1881. C... s'endort facilement par la pression sur les globes oculaires et sur les tempes. L'état de somniation ainsi produit se caractérise par l'exaltation des réflexes tendineux et par la tendance des muscles à la contracture, sous l'influence de l'excitation mécanique soit des tendons, soit des nerfs, soit des masses musculaires.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'est pas générale. Elle n'existe pas à la face[1].

Nous essayons de produire l'état cataleptique par l'ouverture des yeux. Les paupières se laissent assez facilement soulever, mais les globes oculaires sont convulsés en haut et à droite. — L'état cataleptique que nous obtenons ainsi est imparfait, les membres conservent bien les attitudes communiquées; mais les frictions à la surface du membre les font cesser; l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est conservée, et les réflexes tendineux persistent. Il est aisé de reconnaître là l'état cataleptiforme. — En effet, en insistant sur l'ouverture des yeux, les globes oculaires s'abaissent et le regard devient fixe. Dès lors la catalepsie est parfaite. Les membres sont souples, légers à mouvoir; les attitudes communiquées ne sont plus modifiées par la friction du membre; plus de réflexes tendineux, ni d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Ce qui précède montre bien les différences qui existent entre l'état cataleptique vrai et l'état cataleptiforme. Dans le cours de la même séance nous avons fait sur cette même malade une expérience destinée à mettre en lumière les connexions qui

[1] L'hyperexcitabilité neuro-musculaire s'est développée plus tard à la face chez cette malade.

relient cet état cataleptiforme au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Cette expérience consiste à produire sur un segment de membre l'état cataleptiforme pendant la phase de léthargie.

Il suffit simplement pour cela de malaxer légèrement toute la surface de ce segment de membre, pour obtenir au lieu d'une contracture localisée, une sorte de roideur généralisée, qui permet à cette partie du membre de conserver les diverses attitudes communiquées. C'est alors qu'on observe, lorsque l'on cherche à varier les positions, la véritable *flexibilitas cerea*. ou bien encore la roideur des mannequins de peintre dont parlent les auteurs.

Il semble alors que cette sorte d'état cataleptique est bien due à un léger degré d'hyperexcitabilité neuro-musculaire développée par la manœuvre que nous avons dite; car il suffit d'exercer quelques frictions sur le membre pour faire cesser toute roideur et en même temps toute apparence d'état cataleptique.

E. — *L'hyperexcitabilité neuro-musculaire qui se montre à son plus haut degré de développement pendant le sommeil hypnotique, peut exister à quelque degré pendant la veille.*

Enfin nous avons reconnu, dans le cours de nos expériences, que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire pouvait être observée chez nos malades en dehors de l'état hypnotique, pendant la veille.

Ce n'est ordinairement qu'un premier degré de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire que l'on observe alors. Cela se borne, le plus souvent, à la transformation en contracture du réflexe tendineux. Mais parfois le phénomène peut devenir plus complet : la contracture localisée peut être obtenue par la malaxation des masses musculaires, et la pression des nerfs. D'ailleurs les résultats que l'on obtient dans ces conditions n'é-

galent jamais ceux qui sont observés pendant l'état de somniation. Nous ajouterons que ces phénomènes n'ont rien de général. Ils ne s'observent pas chez toutes les hystéro-épileptiques, et telle qui, pendant la veille, n'offre aucune tendance à la contracture musculaire, peut n'en présenter pas moins, pendant l'état de somniation, les signes les plus complets de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS

Note sur les altérations de la moelle épinière rencontrées dans un cas de pied bot varus équin; par le Dr A. Pitres.

Le nommé B..., âgé de soixante-treize ans, mort de broncho-pneumonie le 25 décembre 1879, était depuis plusieurs années à l'hospice des incurables de Bordeaux (service de M. le Dr Solles). Cet homme, d'une intelligence très bornée, presque idiot, était atteint d'un tremblement général, sur le début duquel il n'a jamais pu fournir aucun renseignement précis. Il avait en même temps un pied bot varus équin du côté gauche. Le pied était fortement renversé en dedans, et pendant la marche, il reposait sur le sol par son bord externe. Le malade affirmait qu'il était venu au monde avec cette infirmité. Toutes les masses musculaires du membre inférieur gauche étaient plus grêles que celles du côté opposé. La sensibilité générale était parfaitement conservée.

A l'autopsie, les muscles de la jambe et du pied n'ont pas été disséqués. Seuls le cerveau et la moelle ont été l'objet d'un examen attentif qui a révélé les particularités suivantes :

L'encéphale est volumineux. Les vaisseaux de la base sont sains. La pie-mère présente çà et là quelques adhérences avec la substance

corticale. Les ventricules latéraux sont très dilatés et remplis de liquide séreux. L'épendyme ventriculaire est très épaissi, avec une apparence chagrinée ou réticulée selon les points. Le septum lucidum est ferme, résistant, satiné sur ses deux faces; pas de tractus fibroïdes réticulés, semblables à ceux qu'on observe dans les autres points des parois ventriculaires. Nulle part dans l'encéphale on ne trouve de lésions en foyer. La moelle a été durcie dans une solution à 2 p. 100 de bichromate d'ammoniaque. Après durcissement, elle paraît à l'œil nu tout à fait normale, depuis son extrémité supérieure, jusqu'à l'origine du renflement lombaire. Au niveau de ce renflement et dans une longueur de cinq centimètres environ, les racines antérieures du côté gauche sont manifestement atrophiées. En pratiquant des sections transversales

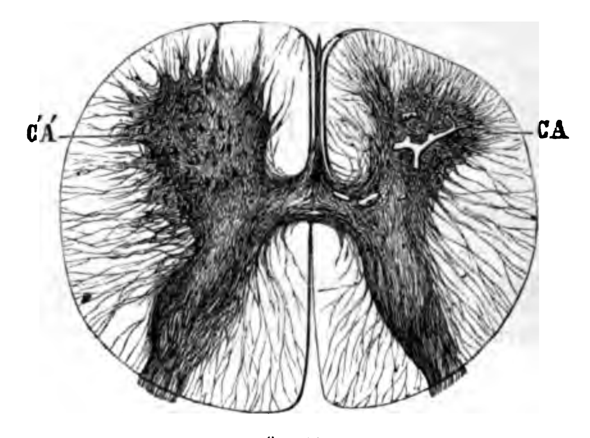


fig. 28.

dans la portion du renflement qui correspond aux racines atrophiées, on remarque une diminution de volume très appréciable de la moitié gauche de la coupe. La corne antérieure de substance grise est d'un bon tiers moins volumineuse à gauche qu'à droite. La corne postérieure gauche paraît également un peu moins développée que la droite. (*fig.* 28.)

Sur des coupes fines colorées au carmin et montées dans le baume de Canada par les procédés ordinaires, il est facile de constater que la corne antérieure gauche est profondément altérée dans sa structure. Elle présente une coloration rouge vif uniforme, son tissu dense fibroïde est traversé par de gros vaisseaux sanguins à parois épaisses. Avec un grossissement de quarante à cinquante diamètres, on y distingue une grande quantité de

corps granuleux. Enfin les cellules nerveuses y font absolument défaut.

La corne antérieure du côté droit présente au contraire toutes les apparences de l'état normal, les cellules nerveuses y sont en grand nombre, munies de beaux prolongements. Les vaisseaux qui la traversent sont sains; on n'y aperçoit pas de corps granuleux.

Les commissures, les cordons de substance blanche, les cornes postérieures ne paraissent pas altérées. La corne postérieure gauche est un peu plus grêle que la droite, mais sa structure ne paraît pas sensiblement modifiée. Au dessus du renflement lombaire, dans les régions dorsale et cervicale, on ne trouve aucune altération. Les cornes antérieures ont le même développement à droite et à gauche et renferment la même quantité de cellules nerveuses saines.

Réflexions. — Autant qu'on peut en juger par les faits publiés jusqu'à ce jour, le pied bot est dans un certain nombre de cas la conséquence des lésions limitées de la moelle épinière. Michaud en 1870[1], M. Déjerine en 1875[2], en ont rapporté chacun une observation très démonstrative. Le fait qu'on vient de lire présente certaines analogies avec ceux qui ont été publiés par Michaud et par M. Déjerine. Dans notre cas cependant, les altérations sont plus exactement limitées à la corne antérieure de substance grise. Il ne s'agit pas là d'un foyer de myélite banale. Et s'il était bien démontré que dans ce cas le pied bot fût réellement congénital, il faudrait en conclure qu'une lésion nettement systématisée de la corne antérieure peut se produire pendant la vie fœtale et donner lieu à des paralysies atrophiques limitées, tout à fait semblables à celles qui caractérisent les paralysies atrophiques spinales de l'enfant et de l'adulte.

Il est à peine besoin d'ajouter que tous les cas de pied bot ne dépendent pas des mêmes conditions pathogéniques. Il existe en effet des observations très régulières de pied bot anciens, dans lesquelles la moelle méthodiquement examinée a été trouvé tout à fait saine. MM. Coyne et Troisier[3]. M. Tho-

[1] Michaud. — *Note sur la pathogénie du pied bot congénital à propos d'un exemple d'une difformité de ce genre paraissant liée à une lésion congénitale de la moelle épinière.* (*Archives de Physiologie*, 1874, p. 586).

[2] Déjerine. — *Note sur l'état de la moelle épinière dans un cas de pied bot varus équin.* (*Archives de Physiologie*, 1875, p. 253).

[3] Coyne et Troisier. — *Pied bot varus congénital double : examen de la moelle épinière.* (*Archives de Physiologie*, 1871-1872, p. 655).

rens [1] ont rapporté des cas qui ne laissent aucun doute à cet égard et qui démontrent la nécessité d'établir dans l'histoire du pied bot un certain nombre de divisions correspondant à des altérations anatomiques différant les unes des autres.

HÉMIPLÉGIE SPINALE AVEC ANESTHÉSIE CROISÉE DANS UN CAS DE MAL DE POTT SOUS-OCCIPITAL; par E. TROISIER, professeur agrégé, et LETULLE, ancien interne des hôpitaux.

On connaît la théorie de M. Brown-Séquard sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière; cet éminent physiologiste soutient que les éléments sentitifs s'entrecroisent d'une façon complète au niveau des commissures, de sorte qu'une impression produite sur la moitié gauche du corps, se transmettrait à l'encéphale par la moitié droite de la moelle, et réciproquement. M. Brown-Séquard cite à l'appui de cette hypothèse un certain nombre de faits observés chez l'homme, où la paralysie du mouvement existait d'un côté du corps avec conservation de la sensibilité, tandis qu'il y avait une anesthésie plus ou moins complète du côté opposé. L'observation suivante est un exemple très net de cet ensemble symptomatique si curieux, sur lequel M. Brown-Séquard a le premier attiré l'attention [2].

Ferdinand F..., âgé de dix-neuf ans, ouvrier relieur, fut admis le 29 avril 1880 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Vulpian (suppléé par M. TROISIER).

Ce jeune homme fait remonter le début de sa maladie au mois d'octobre de l'année précédente; à cette époque il commença à ressentir au niveau de la nuque une douleur sourde qui s'accompagnait d'élancements vers la région occipitale; les mouvements de

[1] Thorens. -- *Documents pour servir à l'histoire du pied bot varus congénitale* (Thèse de doctorat, Paris, 1873, Obs. III).

[2] Brown-Séquard. — *Journal de la Physiologie de l'homme et des animaux*, vol. VI. — *Archives de Physiologie normale et pathologique*, t. II, 1869. Voyez également à ce sujet les *Leçons sur les maladies du système nerveux* de M. Charcot (7e leçon) et le remarquable article de M. Vulpian sur la physiologie de la moelle épinière dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

la tête s'exécutaient avec une certaine gêne. Cet état s'aggrava insensiblement et quelque temps avant son entrée à l'hôpital, F... s'aperçut que sa force musculaire diminuait notablement du côté droit. Depuis huit jours, il existe une véritable paralysie du membre supérieur droit; le membre inférieur est atteint, mais à un moindre degré; F... peut marcher et, le 29 avril, il vient à pied à la Charité.

Etat actuel. — La tête est immobile, légèrement inclinée à droite; cette attitude s'accompagne d'un certain degré de torsion du cou, de sorte que le menton est rapproché de l'épaule droite. Les mouvements volontaires de la tête sont très gênés : la rotation à gauche est presque impossible, la rotation à droite est très limitée. La flexion s'exécute d'une façon à peu près complète, la tête restant inclinée à droite; mais le mouvement d'extension est si limité, que c'est à peine si le malade peut relever le menton de la position qu'il occupe. Les mouvements communiqués ne sont pas plus étendus que les mouvements volontaires. Dans l'exécution de ces mouvements, il se produit une vive douleur au niveau de la nuque. La partie postérieure du cou présente une déformation très accusée, qui est en rapport avec la torsion que nous venons de décrire; cette région présente, à la palpation, un empâtement profond. La pression y est douloureuse. Les ganglions cervicaux ne sont point engorgés. Le toucher de la gorge ne révèle rien d'anormal.

Le malade éprouve de temps en temps des douleurs lancinantes, qui s'irradient de la nuque vers le crâne en suivant la direction des branches sous-occipitales.

Il existe une paralysie incomplète des membres du côté droit. Les mouvements volontaires du membre supérieur sont encore possibles, mais très limités. La force musculaire est considérablement diminuée; mesurée au dynamomètre, elle est de cinq divisions, tandis qu'elle est de vingt-huit à gauche. La parésie est moins prononcée au membre inférieur; la jambe traîne à peine pendant la marche, le malade peut même se tenir debout sur le pied droit pendant quelques instants. Il n'a pas d'hémiplégie faciale.

La sensibilité est conservée à droite au niveau des membres, du tronc et de la face. Il n'en est pas de même à gauche; de ce côté elle est diminuée au simple contact, à la piqûre, au pincement et au froid, dans toute l'étendue du membre supérieur, du membre inférieur et du tronc, jusqu'à cinq centimètres environ au-dessous du mamelon. L'anesthésie se retrouve sur le côté gauche du scrotum, de la verge, du gland, de la marge de l'anus. Elle s'arrête exactement, en avant et en arrière, à la partie médiane du corps; mais elle ne dépasse pas en hauteur le mamelon gauche; elle n'existe ni au cou, ni à la tête.

Les mouvements réflexes provoqués par le chatouillement de la plante des pieds sont à peu près les mêmes à gauche et à droite; le réflexe rotulien est un peu plus prononcé à droite qu'à gauche.

La peau du côté droit est plus chaude que celle des parties homologues du côté gauche; cette différence est très appréciable à la main. Avec le thermomètre on obtient les résultats suivants :

Aisselle droite	36,2.		
— gauche	35,4.	— Différence.	0°,8
Membre supérieur droit . .	36,1.		
— — gauche.	35,3.	— Différence.	0°,8
Membre inférieur droit . .	33,2.		
— — gauche.	35,3.	— Différence.	0°,8

F... ressent des fourmillements presque continuels dans la main droite; c'est la seule sensation pénible qu'il éprouve du côté droit. Aucun phénomène subjectif à gauche. Jamais de crampes, ni de mouvements convulsifs. Pas de troubles de la parole, ni des sens spéciaux ; pas de phénomènes oculo-pupillaires. Le pouls est régulier. Les fonctions urinaires s'accomplissent régulièrement.

L'examen des poumons est absolument négatif. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre; on s'est assuré dans la suite, à plusieurs reprises, qu'il n'y avait point de polyurie. L'appétit est conservé, les digestions sont bonnes. En somme, l'état général est très satisfaisant. Le poids du malade, qui est de taille moyenne, est de quarante-deux kilogrammes.

Le malade a été atteint, jusqu'à l'âge de quatorze ans, de fréquentes éruptions d'eczéma impétigineux sur la face ; il n'a pas eu d'engorgement ganglionnaire. Ses frères ont eu « de la gourme » comme lui ; son père et sa mère jouissent d'une bonne santé.

Traitement. — On fit tous les huit jours sur la partie postérieure et supérieure du cou, des cautérisations ponctuées (une vingtaine à chaque séance), au moyen du thermo-cautère Paquelin. Le malade prit chaque jour une potion contenant dix gouttes de teinture d'iode, dose qui fut augmentée progressivement jusqu'à vingt gouttes; ce médicament fut d'ailleurs de temps en temps interrompu.

29 mai. — Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, il n'était survenu aucune modification dans l'état du malade. La faiblesse musculaire était tout aussi prononcée à droite; l'anesthésie persistait à gauche. L'attitude de la tête était la même et la gêne des mouvements n'avait point diminué.

9 juin. — On constate un retour de la sensibilité à la partie interne du genou gauche.

15 juin. — L'anesthésie du côté gauche est bien moins prononcée: le contact, la piqûre et le pincement de la peau sont perçus, mais

d'une façon moins nette qu'à droite; la sensibilité à la température n'est point encore revenue, l'application d'un corps froid ne donne lieu qu'à une sensation de contact, sauf en quelques régions (au niveau des dernières côtes, sur les fesses) où elle produit des fourmillements.

La paralysie du côté droit tend à diminuer, les mouvements du membre supérieur sont un plus étendus, mais la force musculaire ne dépasse pas encore cinq divisions au dynamomètre; la marche est plus facile.

Les phénomènes locaux ne s'amendent point beaucoup. On continue les cautérisations ponctuées tous les huit jours.

15 *juillet.* — Du côté gauche, l'état de la sensibilité au contact, à la piqûre et au pincement s'est encore amélioré, sans être normal cependant; le froid détermine toujours une sensation de fourmillements. Du côté droit, la force musculaire ne s'est point accrue, mais les mouvements volontaires du bras sont plus étendus. Les mouvements de rotation de la tête sont un peu plus faciles; le cou est moins raide, la nuque est moins large, moins empâtée. L'état général est excellent, le malade engraisse visiblement. Il pèse quarante-huit kilogrammes.

26 *août.* — La sensibilité au contact et à la douleur est encore très légèrement émoussée à gauche; la sensibilité au froid est revenue. La paralysie du bras droit diminue de jour en jour.

5 *octobre.* — L'anesthésie a complètement disparu du côté gauche. A droite la sensibilité tactile de la main a subi une modification singulière; le malade sent bien qu'il tient quelque chose, mais il ne sait apprécier la forme de l'objet qu'il touche. Les mouvements d'extension et d'élévation du bras droit se font très facilement; la force musculaire donne au dynamomètre vingt-cinq divisions pour la main droite et quarante-cinq pour la gauche. Il s'est produit un peu d'atrophie de la main droite, l'éminence thénar est moins saillante que du côté opposé. Il n'y a plus de claudication, seulement le malade ressent encore de la faiblesse dans la jambe droite lorsqu'il a marché pendant un certain temps. La rotation de la tête à gauche s'exécute un peu plus facilement qu'au début; la pression sur les apophyses épineuses des deux premières vertèbres cervicales ne détermine presque plus de douleur; l'empâtement du cou diminue.

1er *novembre.* — L'exploration de la force musculaire donne quarante-trois divisions à droite et quarante-six à gauche. Le poids du malade est de 52 kilogrammes.

La sensibilité tactile est toujours modifiée à la face palmaire de a main droite et des doigts, le malade ne se rend pas compte de la forme et de la nature des objets qu'il touche; il a cependan conservé la sensation de contact et la notion du poids. Il lui arrive

lorsqu'il n'est pas guidé par la vue, de laisser tomber ce qu'il a dans la main, comme son assiette, sa cuiller.

27 *novembre*. — F... se sent en état de reprendre son travail; M. Vulpian, qui a repris son service depuis le 15 octobre, l'autorise à quitter l'hôpital. A cette époque, l'hémiplégie droite avait pour ainsi dire disparu, et il n'y avait plus d'anesthésie à gauche. L'obtusion de la sensibilité tactile de la main droite persistait avec les mêmes caractères, mais à un moindre degré.

Les mouvements de la tête étaient presque normaux, à l'exception de la rotation à gauche. Ils n'étaient accompagnés d'aucune douleur; même lorsque le malade les exécutait brusquement.

Nous avons revu ce malade pour la dernière fois le 10 décembre 1881, c'est-à-dire plus d'un an après sa sortie de l'hôpital. La rotation de la tête à gauche se faisait toujours d'une façon incomplète : les autres mouvements de la tête sur le cou étaient faciles et non douloureux. L'axis présentait surtout du côté droit un épaississement très appréciable à la palpation, sans empâtement des parties molles.

La force musculaire était peut-être un peu moins prononcée à la main droite qu'à la main gauche; c'était le seul vestige de l'hémiplégie dont il avait été atteint. Quant à la sensibilité, elle était conservée dans tous ses modes, à droite comme à gauche.

L'observation qui précède nous paraît remarquable à plusieurs titres. L'hémiplégie spinale avec anesthésie croisée qui s'est produite lentement et progressivement dans le cours du mal de Pott sous-occipital dont notre malade était atteint depuis plusieurs mois, ne pouvait dépendre que d'une compression de la moelle épinière au niveau de la région cervicale; et l'on peut supposer que la compression était due, comme dans la plupart des cas de ce genre, à un épaississement limité de la dure-mère. Mais dans quelle étendue la moelle a-t-elle été comprimée? à quel degré était-elle altérée? C'est ce que nous ignorons. puisque ces accidents ont été transitoires et que l'affection vertébrale elle-même a subi un temps d'arrêt qui permet d'espérer une guérison définitive du mal. Il est probable que la pachyméningite caséeuse était peu étendue, qu'elle siégeait principalement à droite et qu'elle atteignait la moelle épinière de ce côté. Mais la lésion était-elle exactement limitée à la moitié droite de la moelle, et la compression ne s'exerçait-elle que sur cette moitié? Quoi qu'il en soit, cette observation démontre une fois de plus la disposition de la paralysie motrice et de l'anesthésie par suite d'une compression ou d'une altération partielle

de la moelle épinière; et il est permis, avec les réserves que nous avons faites, de la présenter en faveur de la théorie de M. Brown-Séquard sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.

Nous avons exploré bien souvent l'état de la sensibilité du côté droit; jamais nous n'avons constaté la zone transversale d'anesthésie qui, d'après M. Brown-Séquard, limiterait par en haut la paralysie motrice.

La paralysie du mouvement était plus prononcée au membre supérieur qu'au membre inférieur, tandis que l'anesthésie était égale en intensité et présentait les mêmes caractères dans toute la partie du côté gauche qu'elle occupait. Quant au retour de la sensibilité, il s'effectua progressivement et pour ainsi dire parallèlement au retour du mouvement du côté opposé. La sensibilité au simple contact et la sensibilité aux excitations douloureuses (piqûre, pincement) reparurent d'abord peu à peu et devinrent de moins en moins obtuses; la sensibilité à la température fut la dernière à se montrer et à redevenir normale. Pendant plusieurs jours, l'application d'un corps froid ne donnait lieu qu'à une sensation de contact ou provoquait une sensation de fourmillements; ce sont là des particularités qui se retrouvent dans un grand nombre d'observations.

Notons en terminant la terminaison favorable du mal vertébral chez un malade d'ailleurs indemne de tuberculisation pulmonaire ou autre. Nous ne croyons pas nous abuser en attribuant aux cautérisations ponctuées une grande part de l'amélioration qui s'est produite.

MÉNINGO-ENCÉPHALITE CHRONIQUE GÉNÉRALISÉE CHEZ UN ENFANT; par BOURNEVILLE et WUILLAMIÉ.

Un examen attentif des idiots permet de distinguer un certain nombre de classes différant les unes des autres par des symptômes cliniques et par des lésions anatomo-pathologiques. A côté des *idioties* par *hydrocéphalie*, par *microcéphalie*, il y en a qui reconnaissent pour cause tantôt une *sclérose atrophique* (*atrophie cérébrale*), tantôt une *sclérose*

hypertrophique ou *tubéreuse*[1]. D'autres idioties enfin sont dues à une *méningo-encéphalite chronique généralisée*, rappelant tout à fait par ses caractères antomiques les lésions de la *paralysie générale*. C'est à ce dernier groupe qu'appartient le cas suivant.

Observation. — *Idiotie, épilepsie. — Abcès de la marge de l'anus. — Mère : convulsions dans l'enfance, migraines. — Grand-père maternel : excès de boisson, crises convulsives. — Deux cousins : aliénés. — Pas de consanguinité. — Premières convulsions à trois mois; prédominance à gauche, paralysie à gauche, contracture. — Affaiblissement progressif : mort. — Autopsie : méningo-encéphalite; ablation presque totale de la substance grise.*

Dub... (Charles-Antonin), âgé de douze ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 21 janvier 1881.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère de l'enfant.) *Père*, 38 ans, marin, puis comptable. Bien portant, mais sujet à des maux de tête depuis quatre ans; doux quoique colérique, pas de trace de syphilis, a chiqué autrefois dans ses voyages; aurait eu des convulsions jusqu'à l'âge de six ou sept ans. [Son *père* est mort subitement (?); il était sobre. Sa *mère*, mariée à quinze ans, mère à seize, « de caractère volage », s'est séparée de son mari et a disparu. Ni *frère* ni *sœur*; pas d'antécédents héréditaires nerveux dans la famille.]

Mère, 34 ans, couturière, a eu des *convulsions* jusqu'à l'âge de sept ou huit ans; elle est nerveuse et sujette, depuis la puberté, à des palpitations et à des *migraines* au moment et à la suite des règles; elle a des *cauchemars* depuis quelque temps : rêve qu'elle court, qu'elle cherche son enfant, etc. Elle n'a jamais eu d'attaque de nerfs, ni de syncope; elle est fortement marquée d'une variole contractée en 1780; pas de trace de scrofule, de dartre, ni d'herpétisme. [Son *père* a toujours fait de nombreux *excès de boisson* (vin); il est très nerveux et a tous les cinq ou six mois, depuis une dizaine d'années, des *crises convulsives* dans lesquelles il se mord la langue. Sa *mère* est bien portante, un peu nerveuse. Un *frère* est mort d'une fièvre cérébrale à trois ans; deux *cousins* de la troisième génération ont été *aliénés*. Pas d'autres cas d'hérédité dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Un seul enfant, notre malade. *Grossesse agitée*, antérieure au mariage des parents : « J'ai pleuré pendant les neuf mois et mon père m'a battue plusieurs fois. » Au sixième mois *peur*, mais sans syn-

[1] Voir : Bourneville. — *Notes sur l'idiotie* (*Archives de neurologie*, t. I, p. 69, 391), et *Recherches cliniques et thérap. sur l'épilepsie, l'hysterie l'idiotie*, p. 72-73.

cope, à la vue d'un lion dans l'étalage d'un marchand de fourrures; accouchement naturel à terme; Dub... a été élevé au sein par une nourrice jusqu'à un an. Les *premières convulsions* sont survenues vers 2 ou 3 mois et se sont renouvelées tous les mois. Dub... a marché à un an. A partir de là, après chaque crise convulsive, il était un ou deux jours sans pouvoir marcher. Il a été propre à quinze mois : la dentition a été régulière. Il a eu à dix-huit mois un *abcès* derrière l'oreille qui a suppuré si longtemps, que la nourrice, « sur la recommandation d'un saint », est allée promener l'enfant, tête nue, dans « un champ de seigle au moment de la rosée ». Pas de résultat immédiat à la suite de ce traitement. Sa mère le reprit avec elle à l'âge de quatre ans. Il n'a pas eu de convulsions, durant cet intervalle (18 mois-2 ans); il parlait bien et prononçait distinctement tous les mots; il apprenait convenablement à lire, était très caressant.

Les *convulsions reparurent* à quatre ans, sous forme d'un *état de mal* qui dura cinq ou six heures et dans lequel elles *prédominèrent dans la moitié gauche du corps et de la face*. Dub... se rétablit au bout de deux jours et put marcher sans traîner la jambe. Comme par le passé, les crises convulsives redevinrent mensuelles. Vers l'âge de huit ans, il eut un autre *état de mal* qui dura 67 heures, dans lequel on constata encore la *prédominance des convulsions à gauche*. Il dut garder le lit pendant un mois et nous n'avons pu savoir s'il y eut de la paralysie à la suite de ces convulsions; seulement, quelque temps après, on remarqua « *qu'il laissait tomber les objets de la main gauche* ». Bientôt les crises devinrent plus fréquentes (plusieurs par mois) et chacune durait trois ou quatre heures. Il les sentait venir, et, dans les vingt minutes qui les précédaient, il disait sans cesse : « Ma petite mère, je suis étourdi; ma petite mère, j'ai mal au cœur », et à chaque fois sa figure devenait rouge ; puis, à la suite d'un étourdissement ultime, il poussait un *cri sourd, plaintif, prolongé* et était pris de convulsions. Un jour la crise débuta par une sorte d'hallucination : « Oh ! ma petite mère, toutes ces couronnes ! »

Ce fut le 12 juin 1880, que, après une crise de six heures, avec prédominance des convulsions à gauche, on nota une *paralysie du bras et de la jambe de ce côté*. L'enfant eut alors beaucoup de fièvre pendant assez longtemps et on dit aux parents qu'il avait une *méningite*. Il ne vomissait pas, mais gâtait dans son lit. Il put se relever au bout de deux mois, mais ce ne fut que dans le troisième mois qu'il put commencer à marcher en *traînant la jambe*. Dans la suite, la paralysie de la jambe a diminué, mais il la *traîne* encore et le pied s'est déformé. Vers le même moment, le bras paralysé s'est *contracturé*. Durant les trois ou quatre mois qui suivirent cette crise, pas d'autres accès, mais le malade se plaignait souvent de la tête, des oreilles et criait. Enfin, il y a 5 mois environ

que les accès sont revenus; ils sont presque quotidiens, durent 20 ou 30 minutes et sont identiques à ceux que nous avons décrits.

Depuis la crise de juin 1880, *modification considérable de l'intelligence, parole difficile, écriture presque impossible*. Dub... est devenu *méchant, s'agace* facilement, *secoue les meubles, casse, déchire;* une fois il a voulu s'en aller et on a dû l'enfermer. Pas de gourmandise, de kleptomanie, de pyromanie. Dès sa première enfance, son *sommeil* était agité; il faisait des *bonds* dans son lit, mais n'avait pas de peurs. « Avant sa dernière maladie, il n'avait peur de rien; maintenant, il est craintif comme il ne l'a jamais été. » Il est redevenu propre depuis deux mois; parfois encore il urine au lit, la nuit. La mère ne signale pas d'onanisme.

État actuel. — Le crâne offre une saillie spéciale de l'occipital qui est divisé en deux plans par une crête transversale siégeant à sa partie moyenne; les *apophyses mastoïdes* sont très développées. — De la bosse occipitale externe à la racine du nez, en passant par le vertex, on mesure 38 c.; d'une oreille à l'autre, 30 c. La circonférence de la base du crâne donne 52 c. La *face* est régulière, symétrique, profondément émaciée. Le *front* est large; la suture médiane des deux moitiés du frontal est saillante; les bosses frontales sont peu saillantes; aplatissement des arcades sourcilières; excavation cachectique des fosses temporales; *nez* aquilin; — *yeux* profondément excavés, cils bruns, pupilles égales, pas de strabisme; — *bouche* moyenne, lèvres fines; — *oreilles* bien ourlées, lobules bien détachés; — *maxillaires* réguliers, dents bien rangées, complètes, mauvaises, petites, espacées; *voûte palatine, voile du palais, piliers* normaux; *luette* rudimentaire, *amygdales* normales.

Le *cou* est long et grêle. — Le *thorax* offre une incurvation générale de la colonne vertébrale avec concavité gauche, il est très amaigri. Aucune malformation congénitale ni aux *membres supérieurs*, ni aux *inférieurs*, qui sont longs et grêles. — Le *bras gauche* est *contracturé* dans la demi-flexion, le pied gauche est médiocrement déformé, et ne repose que sur la pointe dans la marche.

Peau : cheveux noirs, clair-semés, sourcils et cils noirs, longs, plus épais; pas d'adénites. — *Organes génitaux* : verge petite, peu développée; testicules descendus.

Intelligence. A son entrée, le malade a été envoyé à l'école, mais on n'a rien pu en faire. Il est donc resté soit à la petite école, soit à l'infirmerie. Il passait parfois toute la journée sans rien dire: d'autres fois il faisait avec la main signe d'approcher, et quand on était près de lui : « J'ai faim, disait-il, j'ai soif, du pain, du chocolat, maman va venir. » Son vocabulaire était excessivement restreint. D'autres fois, il cherchait à donner des soufflets, à mordre; il reconnaissait sa mère, mais ne lui faisait aucune caresse. Il mangeait seul, assez proprement, se servant d'une cuiller tenue de la main

droite; pas de voracité, ni de salacité; pas de bave. Il ne suce pas, ne grince pas des dents. Il demande le bassin le jour, et gâte la nuit; il n'aide pas à s'habiller.

28 *février*. — Trois accès hier; le soir T. R. 38° ; nuit tranquille. Ce matin, abattement, refus de manger. Cet état est *la règle* chez lui à la suite des accès.

13 *avril*. — Depuis deux jours, diarrhée à laquelle a bientôt succédé de la dysenterie, selles fréquentes, peu abondantes, pas de ténesme. Décoction de poudre d'ipéca et 1/4 lavement avec 0,50 de nitrate d'argent. T. R. 38°, 4. — *Soir* : T. R. 39°. — Deux accès.

14 *avril*. — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°, 4.

15 *avril*. — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°, 8. — Trois accès.

16 *avril*. — T. R. 38°,4. Les selles dysentériques et glaireuses persistent, le sphincter est comme paralysé et laisse couler une certaine quantité de liquide; langue humide, saburrale, pas de vomissements, ventre non ballonné. Donner 1 gr. d'ipéca comme vomitif, continuer la décoction d'ipéca et les lavements au nitrate d'argent; eau albumineuse pour boisson; lait comme aliment.

17 et 18 *avril*. — T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 39°,4.

19 *avril*. — T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°. Pas de sang dans les selles. Continuer le régime.

20 *avril*. — T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 37°,8.

21 *avril*. — T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 39°,4. Cinq accès.

22 *avril*. — T. R. 38°. Apparition sur la marge de l'anus d'une rougeur érysipélateuse, qui empiète surtout sur la fesse gauche sous forme d'un bourrelet rouge, induré, large de trois travers de doigt ; elle intéresse moins l'autre fesse. A son niveau on sent un noyau d'induration. Application de compresses d'eau de sureau; bouillons, potages, lait. — *Soir* : T. R. 40°,4.

23 *avril*. — La verge n'est pas envahie; le scrotum se dégage : disparition de la rougeur et du gonflement. T. R. 40°. — *Soir*. T. R. 40°,2.

24 *avril*. — T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 39°, 8.

25 *avril*. — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 38°,8. La limitation de l'érysipèle s'est bien effectuée et il ne persiste un peu d'induration qu'à la marge de l'anus. Potion de Todd et julep avec extrait de quinquina, 3 gr.

26 *avril*. — T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 39°.

27 *avril*. — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 38°,8.

28 *avril*. — T. R. 38°,4. — Diarrhée persistante. Pendant qu'on nettoyait D..., il s'est ouvert un petit abcès dans le pli interfessier, un peu à gauche. 1 gr. 50 d'ipéca; bouillon et lait.

29 *avril* — On sonde la plaie avec un stylet ; il existe un décollement considérable à gauche du périnée s'étendant en avant, mais

surtout en arrière; le stylet glisse en avant sur les téguments jusqu'à la racine des bourses; en arrière il glisse entre les téguments et l'aponévrose jusqu'au coccyx. Débridement des clapiers en dedans et en arrière; pansements avec des mèches; injections phéniquées deux fois par jour. T. R. 38°,4.— *Soir*: T. R. 39°.

30 *avril*. — L'écoulement du pus se fait très incomplètement vu la profondeur du clapier; on fait une contre-ouverture avec le trocart courbe, et on passe un drain de moyen calibre. Le malade est très faible. Traitement : Sulfate de quinine 0,20. Julep avec 3 gr. d'extrait de quinquina et 50 gr. de rhum. Vin de quinquina. Café. Deux pansements par jour. T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 39°,8.

1er *mai*. — T. R. 39°,4. Dans la nuit un frisson suivi de convulsions internes (?). — Ce matin, D... est prostré, pâle, les yeux caves; le pouls est à 120. Nouvelle dose de 0.20 de sulfate de quinine; sirop d'éther 40 gr.; sinapismes. — *Soir* : T. R. 39°,2.

2 *mai*. — T. R. 39°,2; l'état local est excellent, la plaie a bon aspect, le pus est bien lié; état général médiocre.—*Soir*: T. R. 39°.

3 *mai*. — T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 38°,6.

4 *mai*. – T. R. 38°,2 la plaie est belle, peu d'inflammation au pourtour; un peu moins d'abattement; appétit médiocre. Côtelette. — *Soir* : T. R. 38°,2.

5 *mai*.— T. R. 38°. Malgré son aspect cachectique, le malade ne tousse pas; tout état inflammatoire a disparu autour de la plaie. — *Soir* : 38°.

6 *mai*. — T. R. 38°. – *Soir* : 38°.

7 *mai*. — T. R. 38°. — *Soir* : 38°,2.

8 *mai*. — T. R. 38°. On enlève le drain; la plaie est devenue un peu fongueuse; on la pansera au vin aromatique. Sirop d'iodure de fer et viande crue 50 gr. — *Soir* : T. R. 38°.

9 *mai*. — T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 38°,8.

10 *mai*. — T. R. 38°,4. — *Soir* : D... a eu un accès dans l'après-midi; T. R. 39°.

11 *mai*. — T. R. 38°,6. Constipation : limonade purgative. — *Soir* : T. R. 38°,8.

12 *mai*. — T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 38°.

13 *mai*. — T. R. 38°. La plaie marche vers la cicatrisation complète. — *Soir* : T. R. 38°,4. Le 14, deux accès, etc.

30 *mai*. — Depuis quinze jours la température oscille entre 38° et 38°,8; la plaie est presque fermée; mais le décubitus prolongé a provoqué des escharres qui, bien que superficielles, vont en s'élargissant. Panser avec de la poudre de quinquina et coucher le malade sur un matelas à air.

9 *juin*. — La température oscille toujours autour de 38°. La cicatrisation est presque complète; les escharres persistent et bour

geonnent : on les cautérise au nitrate d'argent. — Bain salé tous les deux jours. Même prescription et même régime reconstituant. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°.

23 *août.* — La plaie est depuis longtemps absolument cicatrisée : néanmoins Dub... est trop affaibli pour être levé ; il reste au lit, recoquevillé sur lui-même, indifférent à ce qui l'entoure ; pas de fièvre ; depuis hier la diarrhée, arrêtée à grand'peine, a reparu avec assez d'intensité ; peu d'appétit. Julep avec 4 gr. de sous-nitrate de bismuth.

24 *août.* — Moins de diarrhée : l'état cachectique s'accentue de jour en jour : pas de fièvre ; pouls petit et misérable : bouche et langue sèches, pas de muguet, pas de vomissements, refus de manger ; le ventre est rétracté en bateau : amaigrissement profond, saillie des apophyses malaires, excavation des joues et des tempes, yeux creux, cernés, ternes, rictus sardonique, saillie des côtes, du sternum, des reliefs du bassin, des ischions ; les membres montrent les reliefs musculaires et les fosses ischio-rectales sont comme évidées. Traces de duvet cachectique à la lèvre supérieure et au niveau des branches du maxillaire inférieur ; quelques poils aux membres, sur le dos, le sacrum, au pubis ; rien aux aisselles. Ulcérations cachectiques : 1° sur la tête du troisième métacarpien gauche ; 2° à la jonction du pouce droit et de l'index ; 3° sur le tendon d'Achille gauche ; 4° sur le bord externe du pied gauche ; 5° sur la crête iliaque, sur le sacrum. D... affectionne le décubitus latéral gauche, les genoux presque collés au menton. Rien au cœur, rien dans la poitrine, respiration faible. L'auscultation est difficile. C'est un affaiblissement progressif. T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 39°,2.

25 *août.* — T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°,2.

26 *août.* — T. R. 39°. Pas d'amélioration, ajouter au bismuth 2 gr. de diascordium, et donner un lavement avec un blanc d'œuf et douze gouttes de laudanum de Sydenham. — *Soir* : T. R. 38°, 6.

27 *août.* — T. R. 38°,8. D... est mourant, il respire à peine ; algidité des extrémités ; diarrhée continuelle, selles involontaires. — *Soir* : T. R. 39°. — Décès à 10 h. du soir. T. R. *post mortem* : 41°,6. — Les *accès* ont eu la marche suivante : janvier, 4 ; — février, 27 ; — mars, 14 ; — avril, 21 ; — mai, 3 et 4 vertiges ; — juin, 20 ; — juillet, 5 ; — août, 14. — Les accès ont été suspendus durant la période aiguë de l'*érysipèle* (22 avril — 4 mai).

AUTOPSIE le 27 août 1781. — La *voûte crânienne* est très épaisse, le tissu osseux est dense : la *dure-mère* est épaissie, adhérente çà et là à la boîte osseuse ; la *base du crâne* est régulière et symétrique. L'*encéphale* pèse 1210 grammes ; les artères de la base, les nerfs, le chiasma, les pédoncules paraissent symétriques. Les ***hémisphères ne paraissent pas égaux*** ; du côté droit les lobes *frontal* et *occipital*

sont *en retrait* sur ceux du côté gauche. L'hémisphère droit ne mesure que 17 c. dans sa plus grande longueur, et paraît moins large aussi que le gauche qui mesure 17 c. 1/2 de longueur ; de même l'hémisphère droit pèse 170 *gr. de moins* que le gauche.

Hémisphère droit.—Lorsqu'on essaie d'enlever la *pie-mère* qui n'est guère plus épaisse que d'habitude, mais qui est finement vascularisée, on entraîne avec elle la substance grise ; après plusieurs essais, et malgré le plus grand soin, *on constate que c'est toute la couche de substance grise qui suit la pie-mère, laissant ainsi à nu le squelette de substance blanche des circonvolutions.* Ceci se produit sur toute la face convexe de l'hémisphère, hormis au niveau du lobule de l'insula, et des 2/3 antérieurs du lobe temporal. La même chose se reproduit sur la *face interne*, où nous dépouillons successivement la *première circonvolution frontale*, le *lobule paracentral*, l'*avant-coin*, le *coin*, le *lobe occipital* de toute leur substance grise, laquelle ne résiste, mais incomplètement, que sur la circonvolution du corps calleux, et sur la moitié antérieure du lobe temporo-occipital. La *substance blanche*, ainsi mise à nu, est indurée, ferme, et est hérissée de petites *crêtes*, rendues plus visibles par l'immersion dans l'eau. Il nous reste, d'autre part, dans la main, une véritable *coque résultant de la soudure de la pie-mère à la substance grise, et reproduisant par ses reliefs et ses dépressions le dessin des circonvolutions dépouillées.* (Pl. VII.)

Le *ventricule latéral* est un peu dilaté, la *corne d'Ammon* est *indurée*.

Hémisphère gauche.—On constate aussi des adhérences à peu près généralisées de la pie-mère, sauf au niveau des deux circonvolutions ascendantes du lobule paracentral, de l'extrémité du lobe occipital, et de la face interne du lobe temporal. Mais on n'entraîne que des fragments de substance grise et non la totalité comme du côté opposé. La *corne d'Ammon* est aussi indurée, le *ventricule latéral* paraît normal. Le *corps calleux* et les *corps opto-striés* des deux côtés ne présentent pas d'altération.

Le *cervelet* et l'*isthme* réunis pèsent 150 gr. ; les plis du cervelet offrent au toucher une dureté assez notable, surtout à gauche ; la décortication de la pie-mère est facile. La *protubérance*, le *bulbe* ne présentent aucun asymétrie, aucune trace de sclérose descendante.

Il y a quelques adhérences antéro-latérales au sommet du *poumon* droit qui est hépatisé dans son lobe inférieur ; le gauche n'est que congestionné et œdématié ; les sommets sont sains. Le *cœur* pèse 170 gr. et n'est le siège d'aucune lésion valvulaire ; quelques caillots cruoriques dans l'oreillette et le ventricule droits, du sang fluide dans le gauche, rien à l'aorte. Aucune lésion de l'*œsophage*, de l'*estomac* ni de l'*intestin grêle* ; la muqueuse du *gros intestin* est, surtout vers l'extrémité inférieure, boursouflée, épaissie, marbrée ;

pas de cicatrice d'ulcérations. Le *foie*, jaunâtre, gras au toucher, friable, pèse 800 gr.; la *rate*, 40 gr.; les *reins*, dont la substance corticale est décolorée, pèsent l'un 80 gr. et l'autre 60 gr.

I. L'histoire pathologique de cet enfant comprend trois phases bien distinctes.

a) La première est marquée par des *convulsions* qui se reproduisent presque tous les mois, jusqu'à un an et demi, sans avoir, en définitive, affecté d'une manière notable soit le mouvement, soit l'intelligence. En effet, de dix-huit mois à quatre ans, Dub... se développe, marche librement, parle sans difficulté, est propre, apprend à lire, etc.

b) La seconde phase débute par des convulsions, revêtant la forme d'un état de mal et prédominant dans la moitié gauche du corps. A partir de là, on note le retour des convulsions mensuelles; puis un autre état de mal, offrant les mêmes caractères que le précédent, suivi d'une *parésie* à gauche et d'une augmentation des crises convulsives. Durant cette phase, les facultés intellectuelles, paraît-il, n'auraient été que médiocrement affaiblies.

c) La troisième phase commence en juin 1880. De même que la seconde, elle s'annonce par un *état de mal*. Les convulsions prédominent toujours à gauche. Autrefois, quelques jours après les états de mal, D... se levait, semblant revenu à sa situation habituelle. Après celui-ci, il se plaint de douleurs de tête, a de la fièvre, etc.; et, tandis que le premier état de mal n'avait pas intéressé la motilité, que le second n'avait produit qu'une parésie elle-même transitoire, ce dernier état de mal se termine par une *hémiplégie gauche* et par une déchéance intellectuelle si accusée que, à l'entrée de l'enfant à l'hospice, nous sommes amenés à porter le diagnostic : *idiotie*, probablement consécutive à une *méningo-encéphalite*, plus avancée à gauche, en raison de la *paralysie*.

La débilité intellectuelle a continué de progresser; il est survenu une *diarrhée* abondante, un *érysipèle phlegmoneux*, un *abcès* avec des délabrements considérables : tous ces accidents graves ont guéri. Mais, bientôt, la diarrhée a reparu; l'amaigrissement s'est accentué de plus en plus; des ulcérations se sont formées de tous les côtés et l'enfant a succombé avec une hépatisation terminale d'une partie du poumon droit.

II. Disons de suite que l'autopsie n'a révélé aucune *lésion tuberculeuse*, que la *diarrhée* n'a laissé aucune trace[1] et passons aux lésions cérébrales qui, à notre avis, méritent tout particulièrement d'attirer l'attention.

Elles consistaient en une *méningo-encéphalite* à peu près généralisée des deux hémisphères et parvenue à des degrés divers. Çà et là, principalement sur l'*hémisphère gauche*, en enlevant la pie-mère, on entraînait des portions plus ou moins larges et plus ou moins profondes de la substance grise. Il en était de même sur le *lobe temporo-sphénoïdal droit*. (PL. VII.)

Mais, et c'est là le point le plus important, sur les trois quarts environ de la *face convexe* et de la *face interne* de l'*hémisphère droit, la pie-mère entraînait avec elle* TOUTE L'ÉPAISSEUR DE LA SUBSTANCE GRISE. *mettant ainsi à nu le squelette de la* SUBSTANCE BLANCHE *atrophiée et indurée*. (Dans la PL. VII, M. Leuba a rendu avec une scrupuleuse exactitude et avec un remarquable talent, l'aspect des lésions que nous avons décrites.)

C'est, croyons-nous, la première fois que l'on signale des lésions de ce genre *chez un enfant de douze ans*; tout le monde sait, en effet, qu'on les rencontre, sinon aussi étendues, du moins aussi intenses dans la *paralysie générale progressive*. Et, depuis que nous avons communiqué notre observation à la *Société anatomique* (novembre 1881), M. Baillarger a publié dans les *Annales médico-psychologiques* (janvier 1882), une note dans laquelle il rappelle trois cas de paralysie générale où il a trouvé la même lésion, caractérisée par la *séparation de la substance grise et de la substance blanche*[2]. Mais, dans ces trois cas, cette séparation était circonscrite et n'affectait pas la presque totalité de l'hémisphère comme nous l'avons observé[3].

[1] Nous avons observé plusieurs cas de *diarrhée idipathique chronique* chez des enfants idiots des deux sexes, se terminant, au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, par la mort, et dans lesquels nous n'avons relevé aucune lésion macroscopique. Nous publierons prochainement une note sur ce sujet.

[2] *Note sur une altération du cerveau, caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions.* — Voir aussi : Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, etc.

[3] Dans plusieurs cas, chez des enfants idiots, également, nous avons constaté la même lésion, mais circonscrite à quelques circonvolutions de même que dans les cas de M. Baillarger.

REVUE CRITIQUE

AMBLYOPIE CROISÉE ET HÉMIANOPSIE D'ORIGINE CÉRÉBRALE;

Par Ch. FÉRÉ.

De Græfe. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1860, p. 151-154. — Charcot. *Leçons sur les localisations dans les maladies cérébrales*, 1875. — Schön. *Die Lehre vom Gesichtsfelde und sienen Anomalien*, 1874. — Bellouard. *De l'hémianopsie, précédée d'une étude d'anatomie, sur l'origine et l'entre-croisement des nerfs optiques.* Thèse de 1880. — Gille. *De l'hémiopie avec hémiplégie ou hémianesthésie.* Thèse de 1880. — Mauthner. *Gehirn und Auge.* 1881. — H. Wilbrand. *Ueber Hemianopsie und ihr Verhaltniss zu topischen Diagnose der Gehirnkrankheiten*, Berlin, 1881. — Ch. Féré. *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales*, 1882.

Lorsque de Græfe émit l'opinion que dans les lésions cérébrales, le seul défaut visuel qui pût être observé était l'hémianopsie, il ne trouva pas de contradicteurs. L'hémianopsie d'origine cérébrale fut acceptée universellement comme une sorte de dogme. Ce ne fut qu'au bout de quinze ans, que M. Charcot, se livrant à une critique serrée des faits observés, arriva à conclure que non seulement l'hémianopsie n'était pas exclusivement la conséquence d'une lésion cérébrale, mais encore que son existence n'était nullement démontrée par l'examen anatomique, tandis qu'il existait un autre défaut visuel, l'amblyopie croisée, dont la relation avec certaines lésions cérébrales paraissait hors de doute. Mais cette opinion ne fut pas acceptée sans contestation.

L'étude anatomique des nerfs optiques, du chiasma, des bandelettes et du faisceau sensitif de la capsule interne ne

fournit pas de données assez précises pour trancher la question. Les rapports de la bandelette, comme on le voit sur la figure suivante, montrent seulement la possibilité de sa compression par des lésions très diversement situées du cerveau et de la base du crâne.



Fig. 29. — Coupe transverso-verticale de l'hémisphère gauche, un peu en arrière de la commissure grise. On voit au-dessous de l'expansion pédonculaire, sur une ligne verticale passant en dehors de la couche optique, a coupe irrégulièrement triangulaire de la bandelette optique. (Féré. — *Contribution à l'etude des troubles fonctionnels de la vision*, etc., p. 5.

Lorsqu'on étudie isolément les résultats obtenus par les auteurs qui ont étudié la question par l'expérimentation, on croit y trouver la solution du problème ; mais si on compare leurs conclusions on n'y voit plus que contradiction. En ne consi-

dérant que les résultats obtenus sur le singe, par exemple, nous voyons MM. Ferrier et Yeo placer leur centre visuel à la fois dans le lobe occipital et dans le gyrus angulaire, tandis que M. Munk le limite dans le lobe occipital seul. M. Munk, MM. Lucianni et Tamburini produisent l'hémianopsie exclusivement. M. Couty, au contraire, n'a jamais provoqué que l'amblyopie croisée, mais il l'a provoquée aussi bien par des lésions frontales, que pariétales et qu'occipitales. Comment comprendre que dans les expériences de MM. Ferrier et Yeo, l'ablation d'un gyrus angulaire peut déterminer une amblyopie croisée temporaire, que l'ablation d'un lobe occipital peut ne produire aucun trouble visuel, tandis que la destruction de ces deux régions ensemble provoque l'hémianopsie du côté opposé, c'est-à-dire la paralysie de la moitié des deux rétines du côté correspondant.

En somme, les résultats obtenus par la physiologie expérimentale ne sont pas de nature à entrainer une conviction. Si, en outre, on tient compte de la difficulté qu'on doit éprouver pour constater chez un animal l'étendue d'un défaut visuel, déjà si difficile à préciser chez l'homme, on reste très sceptique sur l'hémianopsie et l'amblyopie des singes et sur les moyens de les provoquer.

D'ailleurs ces résultats fussent-ils aussi nets qu'on a voulu le dire, ils ne prouveraient rien pour l'homme, car rien ne démontre que l'entre-croisement des fibres optiques est le même chez le singe que chez l'homme. M. Munk ne dit-il pas qu'il a constaté que les mêmes lésions produisaient des troubles divers chez des chiens de race différente.

Il n'y a donc que les faits de pathologie humaine qui puissent éclairer la question ; l'expérimentation ne peut que servir à guider et à corroborer l'observation clinique.

Les faits tirés de la pathologie humaine sont loin d'avoir tous la même valeur; la plupart en effet manquent de contrôle anatomique et, dans bon nombre de faits où l'autopsie a été faite, la localisation de la lésion manque de précision.

Si nous considérons l'ensemble des faits cliniques dans lesquels nous trouvons des défauts visuels coïncidant avec des troubles imputables à une lésion unilatérale du cerveau ; nous voyons que ces troubles visuels répondent à deux types bien distincts, l'amblyopie croisée et l'hémianopsie.

L'amblyopie est caractérisée par un rétrécissement concentrique du champ visuel avec achromatopsie absolue ou partielle et diminution de l'acuité visuelle. Cette amblyopie prédomine du côté opposé à la lésion cérébrale, mais elle existe ordinairement à un certain degré du même côté.

L'existence de cette amblyopie en relation avec les lésions cérébrales était déjà mise en lumière par ce fait qu'on la rencontre à l'état typique, pour ainsi dire, dans l'hémianesthésie des hystériques, qui semble bien due à un trouble unilatéral du cerveau. Ce trouble visuel est le seul que l'on puisse rencontrer chez les hystériques, malgré les faits en apparence contradictoires cités par MM. Bellouard et Rosenthal; il n'existe pas d'observations prouvant l'existence de l'hémianopsie d'origine hystérique. Mais l'amblyopie des hystériques peut présenter des variations dans la forme et l'étendue du rétrécissement concentrique.

Toutefois, en l'absence d'autopsie, l'amblyopie hystérique pourrait n'être pas considérée comme suffisante pour démontrer l'existence d'une amblyopie liée à une lésion cérébrale déterminée : une observation de M. Charcot concernant une hémiplégique hémianesthésique, non hystérique, constituait une preuve qui n'avait pas été considérée par tous comme irréfutable. Mais, depuis lors, les observations de Pitres, de Müller, de Bernhardt, de Petrina et les nôtres sont venues démontrer la relation qui existe entre l'amblyopie et certaines lésions cérébrales ; et, sauf le fait de Petrina dans lequel le trouble visuel est en rapport avec une lésion corticale du lobe occipital, toujours il s'agit de lésions siégeant à la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante ou dans son expansion. Cette localisation confirme pleinement l'opinion émise tout d'abord par M. Charcot. Cette amblyopie d'origine cérébrale est toujours associée à un certain degré d'hémianesthésie ou, comme nous l'avons montré, d'hémidysesthésie. Toutefois, et c'est encore un point sur lequel nous avons insisté particulièrement, l'anesthésie cutanée peut être limitée à la région qui avoisine l'œil. Quand une lésion cérébrale détermine des troubles sensitifs des téguments de l'œil, il faut chercher les troubles sensoriels de l'organe et on les trouve ; ces troubles sensoriels manquent au contraire lorsque l'hémianesthésie n'atteint pas la face, comme nous en avons rapporté un exemple. Cette relation des troubles sensoriels et des troubles sensitifs des téguments

qui recouvrent l'organe atteint se retrouvent d'ailleurs avec la plus grande netteté chez les hystériques, comme nous l'avons indiqué ailleurs [1].

Lorsqu'il s'agit d'amblyopie cérébrale, les faits cliniques purs ont presque la même valeur que les faits suivis d'autopsie, car le trouble visuel ne peut guère être déterminé à distance par la lésion qui produit les autres symptômes cérébraux. Les faits purement cliniques d'hémianopsie qui peuvent, comme l'amblyopie, se trouver associés à l'hémiplégie, à l'hémianestésie, etc., sont loin d'avoir la même valeur; car on peut, pour la plupart des cas, être autorisé à soupçonner une action à distance sur la bandelette optique, et un grand nombre de faits anatomiques que nous avons rapportés montrent bien que cette action à distance n'est pas rare et qu'elle peut se rencontrer dans des circonstances très variées. Aussi doit-on rejeter comme peu démonstratifs les faits de traumatismes, de tumeurs, d'abcès, de vastes foyers hémorrhagiques, car dans ces cas il n'est guère possible d'apprécier réellement l'action de la lésion. Toutefois, certains faits d'hémorrhagie assez bien limités, comme ceux de MM. Baumgarten et Dreschfeld, méritent considération, surtout si on les rapproche des faits de ramollissement, dans lesquels l'action à distance ne peut jouer aucun rôle; ils semblent prouver qu'une lésion limitée du carrefour sensitif peut déterminer une hémorrhagie associée à l'hémianesthésie. Mais les faits de ramollissement, rapportés par MM. Curcshmann et Westphal nous paraissent surtout péremptoires, et démontrent nettement qu'il existe une relation entre l'hémianopsie et les lésions très étendues du lobe occipital. D'autre part, un fait de M. Huguenin, dans lequel l'hémianopsie était en rapport avec une lésion située au voisinage de la partie inférieure du sillon de Rolando semble indiquer que si les larges pertes de substances observées dans les faits de MM. Curschmann et Westphal ont déterminé les mêmes symptômes, ce pourrait bien être parce qu'ils touchaient en arrière la même région, c'est-à-dire la limite postéro-inférieure de la zone motrice. Cette localisation du centre de l'hémianopsie dans la partie postéro-inférieure du domaine de l'artère sylvienne pourrait encore s'appuyer sur certains faits de migraine ophtalmique dans lesquels, on voit coïncider l'hémia-

[1] *Archives de Neurologie*, n° 9, p. 281 et suiv.

nopsie, avec l'aphasie un engourdissement avec parésie de la moitié de la face et du bras, etc., phénomènes qui peuvent être

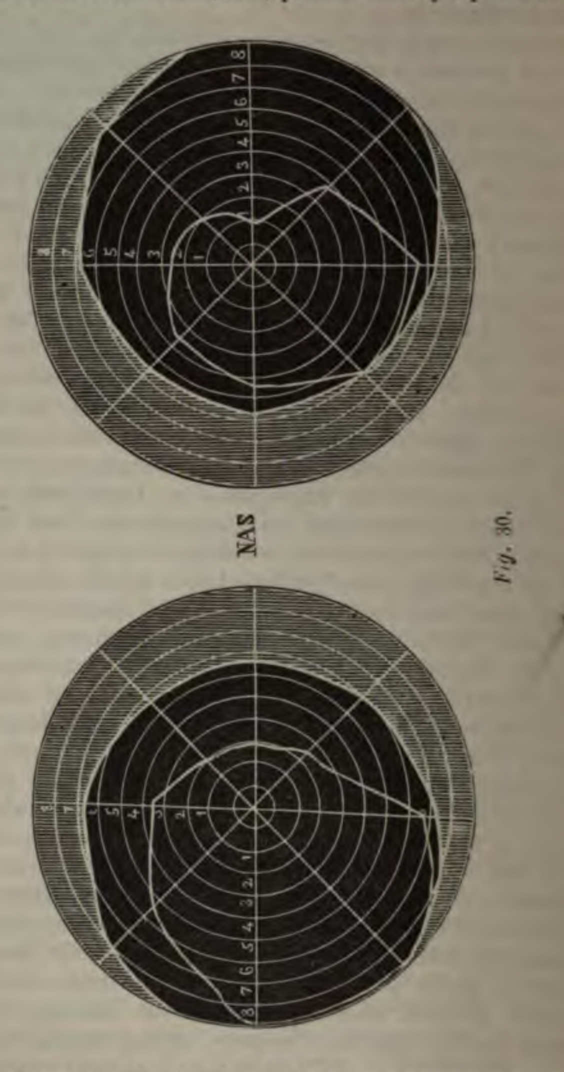


Fig. 30.

attribués à un trouble circulatoire de la sylvienne par irritation du plexus carotidien.

Mais un fait important et sur lequel nous avons appelé l'attention, c'est que dans les cas d'hémianopsie avec hémianesthésie, lorsque le champ visuel a été pris d'une façon régulière, on semble avoir presque constamment noté l'existence d'un certain degré de rétrécissement concentrique prédominant du côté de l'hémianesthésie. Ce pourrait bien être là la caractéristique de l'hémianopsie d'origine cérébrale (*Fig. 30*)[1]. M. Ferrier avait observé que l'intégrité de la vision centrale et de la région avoisinante semblait spéciale aux hémaniopsies d'origine cérébrale, mais nous ferons remarquer que dans le cas de M. Westphal en particulier, le défaut atteint la vision centrale.

En somme, il paraît démontré aujourd'hui que l'amblyopie et l'hémianopsie peuvent résulter d'une lésion cérébrale avec intégrité des nerfs optiques et des bandelettes ; il est bien prouvé que l'amblyopie est en rapport avec les lésions de la partie postérieure de la capsule interne ; mais elles semblent aussi pouvoir être déterminée par certaines lésions du lobe occipital (fait de Petrina). Quant à l'hémianopsie, elle semble aussi pouvoir être déterminée par des lésions soit corticales, soit centrales : les lésions corticales ne peuvent qu'être grossièrement localisés en arrière de la région motrice ; les lésions centrales siégent aussi au voisinage du carrefour sensitif, mais il n'est guère possible, dans l'état actuel, de la différencier de celles qui produisent l'amblyopie. Cette difficulté de différenciation tient-elle à ce qu'il existe des variétés d'entre-croisement de fibres optiques analogues aux variétés d'entre-croisement que l'on observe dans le bulbe pour les fibres motrices ? La chose est possible mais non démontrée.

Si on considère qu'une lésion cérébrale produisant l'amblyopie croisée détermine en même temps un certain degré d'amblyopie du côté correspondant, que d'autre part une lésion cérébrale peut déterminer la paralysie des fibres rétiniennes de la moitié externe de l'œil correspondant, et de la moitié interne de l'œil opposé, la vision centrale étant presque toujours respectée dans tous les cas, on est forcé d'admettre que chaque œil a une relation bilatérale avec les hémisphères cérébraux, qui ont surtout des relations multiples avec le centre physiologique de la rétine.

[1] Féré, *loc. cit.*, p. 84.

Il faut convenir, toutefois, que les connexions du cerveau et de l'œil ne peuvent pas être établies d'une façon assez claire pour qu'on puisse en faire une construction théorique, une schématisation qui vaille beaucoup plus qu'un moyen mnémotechnique.

REVUE D'ANATOMIE

I. SUR QUELQUES POINTS DE L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DU CERVEAU ET LEURS APPLICATIONS PRATIQUES; par Ambrose-L. RANNEY. (*The New-York medical journal*, mai 1881, p. 513-546.)

Ce travail, rédigé d'après un ouvrage de l'auteur, n'est qu'une compilation, d'ailleurs intéressante, des recherches antérieures sur le même sujet.

II. DU CHIASMA DES NERFS OPTIQUES; par le Dr STILLING (de Strasbourg). (Congrès de Bade, 1880. *Arch. f. Psychiatrie*.)

Les deux corps quadrijumeaux sont des noyaux du nerf optique, celui-ci, aux termes de ces recherches, ne possédant pas moins de 10 racines cérébro-médullaires. P. K.

III. DE LA DISTRIBUTION DU NERF OPTIQUE DANS LA RÉTINE DU LAPIN; par le Dr BUMM, de Munich. (Congrès de Bade, 1880. *Archiv. f. Psychiatrie*.)

Déjà Gudden (*Arch. f. ophthalmol.*, XXVI) avait démontré que l'entre-croisement des fibres du nerf optique dans le chiasma n'est que partiel; le Dr Bumm fournit la preuve expérimentale et ophthalmoscopique que le faisceau non croisé de ce système

vient s'épanouir sur la surface temporale de la rétine; il montre en outre, par les mêmes procédés, que l'expansion du nerf optique est indépendante des autres couches de la rétine, y compris celle des cellules nerveuses. P. K.

IV. ANATOMIE DES TUBERCULES ANTÉRIEURS DES CORPS QUADRIJUMEAUX; par le Dr CANSER, (de Munich.) (Congrès de Bade 1880. *Archiv. f. Psychiatrie.*)

Cette étude faite chez la chauve-souris, la taupe et le lapin, entraîne la conviction que la couche moyenne des fibres de ces organes contient le système de projection centrale du sens de la vue, entre autres parties constituantes. P. K.

V. DU FAISCEAU LONGITUDINAL POSTÉRIEUR DE LA CALOTTE[1] DANS LA MOELLE ALLONGÉE; par le Dr ROLLER, de Strasbourg. (Congrès de Bade, 1880. *Arch. f. Psychiatrie.*)

M. Roller confirme en partie les vues de Meynert et, suivant le trajet de ces fibres dans les noyaux du 4e ventricule, il conclut en disant que le faisceau en question représente un trajet direct entre la base du cerveau et les noyaux du plancher du ventricule cité; qu'il constitue en outre un trait d'union direct avec la moelle, plus direct sans nul doute que les pyramides perdues dans la protubérance. P. K.

VI. DÉCUSSATION DES FIBRES INHIBITOIRES DE LA MOELLE; par OTT et SMITH. (*Journal of Nervous, and Mental Diseases.* Chicago Janvier 1880.)

On observe chez certains animaux paraplégiques une contraction rhythmique du sphincter anal : Gluge et Goltz sont les auteurs qui les premiers ont observé ce phénomène. MM. Ott et Smith ont été amenés par des travaux antérieurs au présent mémoire à admettre, dans les couches optiques, des centres *inhibitoires* empêchant les contractions rhythmiques des sphincters anal et vaginal; les fibres émanées de ces cen-

[1] On peut, à propos de la terminologie allemande, se reporter au livre de Huguenin sur les centres nerveux. (Traduction française, 1879.)

tres seraient contenues dans les cordons latéraux de la moelle. D'après ces notions, c'est à la solution de continuité de ces fibres que serait due l'apparition des contractions spasmodiques des sphincters. MM. Ott et Smith ont entrepris une série d'expériences dans le but de déterminer si ce faisceau subissait la décussation, et dans ce cas où celle-ci avait lieu. Ces expériences, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, ont été faites d'après la méthode suivante : les animaux sont trachéotomisés, chloroformisés et la respiration artificielle est établie ; on pratique alors par une fenêtre de trépan la section d'un hémisphère cérébral immédiatement en arrière de la couche optique, puis une hémi-section de la moelle ou seulement du cordon antéro-latéral, tantôt du côté correspondant, tantôt du côté opposé ; cette section est faite au-dessus ou à la limite de la région lombaire, de manière à laisser le centre ano-spinal en dehors de l'expérience.

Les examens histologiques pratiqués à la suite de ces vivisection, ont conduit MM. Ott et Smith à conclure que les fibres *inhibitoires* arrêtant les contractions rhythmiques des sphincters, prennent naissance dans les couches optiques, puis descendent dans l'axe gris, et, à leur extrémité inférieure, subissent la décussation pour rejoindre le cordon latéral du côté opposé, dans lequel elles continuent leur route vers le centre ano-spinal.

H. d'O.

VII. Structure du pied du pédoncule cérébral et du noyau lentiforme ; par J. Pasternatzky, 1881.

Les recherches de M. Pasternatzky ont été faites au moyen de coupes transparentes très étendues sur lesquelles il a pu suivre à la loupe ou même à l'œil nu le trajet de certains groupes de fibres. C'est par erreur que l'auteur dit que ces coupes sont pratiquées suivant une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, c'est en sens inverse qu'elles sont faites, c'est-à-dire parallèlement, ou à peu près, aux fibres du pédoncule cérébral. — Du lobe occipital du cerveau on voit partir quatre groupes de fibres : 1° les unes se dirigent vers la capsule externe ; 2° d'autres vont former en partie les tractus blancs antéro-postérieurs qui séparent les segments du noyau lenticulaire du corps strié ; 3° d'autres se jettent dans la couche

optique et les corps genouillés; 4° d'autres enfin vont former la partie externe du pied du pédoncule, le faisceau sensitif de Türck. Ce dernier faisceau peut être suivi dans la partie externe et inférieure du pont de Varole; il se distingue des faisceaux moteurs en ce que ses fibres au lieu d'être rectilignes sont ondulées. — Il existe des fibres, très fines qui paraissent naître des cellules pigmentées de la substance de Sœmmering et qui se rendent dans la partie interne du pied du pédoncule. — D'autres fibres partent du noyau rouge pour se diriger aussi vers la partie interne du pied du pédoncule. — Du tubercule quadrijumeau postérieur sortent des faisceaux qui vont dans la partie externe du pied du pédoncule, immédiatement en dedans du faisceau de Türck. Presque toute la partie interne du pied du pédoncule est constituée par des fibres venues de la capsule interne et du noyau lenticulaire du corps strié.

Tous les faisceaux qui passent du tegmentum dans le *pes* du pédoncule s'entrecroisent dans le noyau lentiforme (noyau de Luys), qui reçoit des fibres venant : 1° du noyau rouge, 2° de la substance de Sœmmering, 3° du tubercule quadrijumeau postérieur, 4° du pied du pédoncule. Le faisceau de Türck est tout à fait libre de toute connexion avec ce noyau; il est toujours situé en dehors.

D'après l'examen de ces préparations, l'orateur dit que le noyau lenticulaire du corps strié est divisé en quatre segments au lieu de trois comme on l'admet généralement. Nous avons recherché cette disposition sur des cerveaux frais, en pratiquant des coupes parallèles à la direction du pédoncule et passant par la commissure blanche antérieure et par le *locus niger*, et nous nous sommes assuré qu'en effet, à ce niveau, le segment interne du noyau lenticulaire est divisé par un tractus blanchâtre à direction oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors, et le segment moyen est divisé de la même manière; mais les subdivisions sont beaucoup moins marquées que les divisions déjà connues. CH. F.

VIII. Variétés des circonvolutions cérébrales de l'homme; par C. Giacomini, Torino, Ermano Lœscher, 1882.

L'auteur pense que les variétés si fréquentes dans la disposition de l'écorce cérébrale, ne sont pas des déviations du type

normal, mais plutôt de légères modifications survenues dans l'exécution de celui-ci ; d'ailleurs, le type normal serait encore bien loin d'être fixé, à tel point qu'on ne pourrait reconnaître actuellement les caractères ethniques que doivent présenter les cerveaux des différentes races. Un grand nombre des variétés relevées sur les cerveaux humains peuvent se retrouver comme en germe dans les cerveaux des animaux. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'affirmer que la disposition de l'écorce cérébrale soit en connexion avec le degré du développement intellectuel.

L'auteur a recherché quelle était la fréquence des sillons anormaux ou des circonvolutions anormales sur l'un et l'autre hémisphères. — Sur 164 cerveaux examinés, il a trouvé 934 sillons surnuméraires à droite, et 1,005 à gauche ; 617 plis de passage et d'anastomose à droite et 621 à gauche ; — de cette statistique, il résulte que les variétés des sillons sont un peu plus fréquentes que celles des plis de passage ; la moyenne pour les sillons est de 6,12 pour l'hémisphère gauche, et de 5,67 pour l'hémisphère droit, celle des plis serait de 3,76 égale pour l'un et l'autre hémisphère.

L'auteur fait les plus entières réserves au sujet de la disposition qu'auraient, d'après Benedikt, les circonvolutions chez les criminels ; d'après ses statistiques, loin de dire qu'ils constituent un type à sillons confluents, on devrait plutôt les considérer comme ayant des plis anastomotiques plus fréquents ; mais en somme il est plus juste de ne pas leur reconnaître de type spécial.

Quelque asymétrique que paraisse être la disposition de l'écorce dans les deux hémisphères, on peut cependant, en général, retrouver dans un des hémisphères, l'indice des variétés nettement caractérisées dans l'autre ; cependant il est certaines variétés dans les lobes pariétaux et temporaux qui semblent rester tout à fait unilatérales.

L'auteur ajoute que l'étude des variations dans l'arrangement de l'écorce cérébrale ne doit pas porter seulement sur la disposition extérieure, mais aussi sur la structure de celle-ci et qu'il est indispensable de persévérer dans la voie tracée par les travaux de Betz. P. M.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XIX. Note sur la relation entre la syphilis et l'ataxie locomotrice; par J. Althaus, (*The Lancet*, 17 septembre 1881.)

Sur trente-deux hommes atteints d'ataxie locomotrice, M. Althaus en a trouvé vingt-huit qui avaient des antécédents syphilitiques. L'ataxie s'était manifestée de dix-huit mois à vingt ans après l'apparition de la syphilis ; mais ils ne prouvent pas qu'il y ait relation de cause à effet entre les deux maladies pour des raisons très diverses. Le tabes existait certainement en Europe longtemps avant l'apparition de la syphilis. L'ataxie n'est pas une conséquence inévitable ou commune de la syphilis ; elle parait se développer chez les syphilitiques qui ont une constitution névropathique, à la suite d'accidents, d'excès, etc. L'iodure de potassium, même à haute dose, n'est qu'exceptionnellement utile aux syphilitiques ataxiques qui se trouvent soulagés comme les autres par des remèdes qui n'ont aucune action sur la syphilis. Il est possible que la syphilis puisse imiter l'ataxie ; mais les symptômes cliniques du tabes syphilitique ou non syphilitique sont identiques. Que l'ataxie soit si souvent associée à la syphilis, cela peut tenir à la détérioration de la constitution déterminée par la diathèse.

Ch. F.

XX. Contribution a l'étude des crises laryngées tabétiques ; par Cherchewsky. (*Revue de médecine*, 1881.)

L'auteur, après avoir rapporté dix-huit cas de crises laryngées tabétiques, passe à l'analyse de ces faits signalés pour la première fois par M. Féréol et qui, d'après M. Charcot, seraient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Le caractère général des troubles laryngés tabétiques,

consiste essentiellement dans une toux spasmodique, analogue à celle de la coqueluche, apparaissant par attaques et s'accompagnant parfois de spasmes de la glotte, d'étouffements plus ou moins forts, d'asphyxie et quelquefois même de convulsions. Ces attaques présentent une intensité variable qui a permis à M. Cherchevsky de les classer en trois catégories : faibles, moyennes, fortes. Elles surviennent tantôt subitement, soit au milieu d'une conversation, interrompant un mot commencé, soit pendant le sommeil, tantôt après des prodrômes, qui consistent en une sensation de brûlure ou de corps étranger ; elles peuvent être déterminées par un rhume, un effort, un courant d'air, etc. Leur durée peut varier de quelques secondes à une demi-heure ; quelquefois même elles se prolongent plusieurs heures. Leur apparition n'est soumise à aucune règle ; elles paraissent cependant plus fréquentes pendant le jour ; elles peuvent se répéter jusqu'à cinquante fois dans les vingt-quatre heures. Dans les quelques cas où l'examen laryngoscopique a été fait, on a pu s'assurer qu'il s'agit de phénomènes purement spasmodiques. Quelquefois cependant, on a constaté des paralysies ou des parésies limitées : M. Krishaber explique cette existence simultanée de la paralysie avec les spasmes, en disant que la paralysie d'un muscle provoque facilement le spasme de son antagoniste. Quant à la physiologie pathologique de ce spasme, M. Charcot pense qu'il s'agit d'une hyperesthésie de la muqueuse du larynx et d'une hyperexcitabilité des centres nerveux, par suite de laquelle l'irritation du larynx provoque une action réflexe considérable. L'anatomie pathologique se résume dans les deux autopsies de Cruveilhier et de Jean : dans la première, il y avait une dégénération grise des cordons postérieurs et des corps restiformes ; dans le second, on trouva un amincissement considérable des origines des nerfs pneumo-gastrique et spinal, dégénération grise des pyramides et des cordons postérieurs et un petit foyer de ramollissement dans le corps restiforme gauche. Ces phénomènes, qui appartiennent bien nettement à l'ataxie, peuvent apparaître dès le début de l'affection et rester longtemps isolés ; mais souvent même lorsqu'ils se sont associés les autres troubles pathognomoniques du tabes dorsal, leur intensité leur fait conserver une importance prédominante dans le tableau symptomatique. C. F.

XXI. De la paralysie du nerf moteur oculaire externe consécutive aux traumatismes du crane; par F. Panas. (*Archives d'ophthalmologie*, nov. et déc. 1880.)

Frappé depuis longtemps de la fréquence de la paralysie traumatique de la 6e paire et peu satisfait de l'explication donnée par son élève Chevallereau, M. Panas étudia minutieusement le trajet intra-crânien du nerf.

Dans la fosse cérébrale postérieure, l'arachnoïde et la dure-mère le séparent de la paroi osseuse. Parvenu au niveau du rocher, il perfore la dure-mère qui l'applique directement contre le sinus pétreux inférieur, puis contre la face postérieure de l'os. Au moment où il se réfléchit sur son bord supérieur, il passe sous le sinus pétreux supérieur qui contribue à le fixer encore plus solidement. Dans le sinus caverneux, un mince feuillet celluleux le sépare seul de la face externe de la carotide, rapport important. Au-delà de la fente sphénoïdale, la dure-mère l'enveloppe et l'isole si bien qu'exceptionnellement les fractures de l'étage antérieur peuvent l'intéresser. Quant à la troisième et la quatrième paires, elles sont parfaitement isolées du rocher et de la carotide. — La fréquence des fractures du rocher, les rapports particuliers du nerf moteur oculaire externe avec cet os, son bord tranchant surtout, et sa fixité, tout est réuni pour faciliter sa lésion dans les fractures du crâne. — Une remarquable observation de Jacobi corrobore par l'autopsie l'opinion de M. Panas. A la production de la paralysie, la rupture du nerf n'est pas nécessaire. Sa compression, sa contusion, son inflammation par propagation suffisent. Cette dernière éventualité explique l'apparition tardive de la paralysie. D. Bernard.

XXII. Contribution a l'étude de la migraine ophthalmique; par Ch. Féré. (*Revue de médecine*, 1881.)

L'auteur se propose d'établir l'autonomie trop souvent méconnue de cette affection, décrite d'ailleurs depuis longtemps sous des noms divers, en mettant en lumière et les traits principaux de la maladie et certaines particularités de son évolution importante pour le pronostic, d'après les observations prises surtout à la consultation de M. Charcot à la Salpêtrière.

Maladie de l'âge adulte et de l'âge mûr, plus fréquente chez les goutteux, les anémiques, les nerveux, la migraine ophthalmique, atteint souvent des sujets de bonne santé habituelle, et à peu près également les deux sexes. — Spontanément ou à la suite du travail intellectuel prolongé, d'un excès, de troubles gastriques, l'affection apparait d'emblée avec tous ses caractères. Exceptionnellement les troubles oculaires s'entent sur une migraine habituelle simple. — Obnubilation passagère de la vue, hémiopie transitoire homonyme, rarement croisée, supérieure ou inférieure, cécité complète, tels sont les divers phénomènes qu'on peut observer du côté de la vision et que domine par sa spécialité le *scotome scintillant*, isolé ou combiné à eux, sous ses diverses formes. C'est un scotome latéral limité par un bord étincelant. Le malade ne le dit externe que parce qu'il prédomine dans l'œil affecté du côté externe ; il est véritablement hémiopique. Il faut plusieurs attaques pour que les malades se rendent bien compte d'un symptôme qui ne fait d'abord que les éblouir. Pareil à un globe de feu, à une zone dentée rouge ou blanche, phosphorescente, vibrante et tournante qui s'élargit et s'ouvre d'un côté, tandis que son centre s'obscurcit et que ses bords se découpent de plus en plus, il ne consiste plus finalement qu'en une ligne verticale brisée et irisée qui disparait. Durant l'attaque, on a constaté avec la dilatation ou le rétrécissement de la pupille, une anémie papillaire, origine de plusieurs théories pathogéniques. Des accidents névralgiques, une sensation de tension oculaire ont fait croire à un glaucome aigu. — Après un temps variable de quelques minutes à une heure et plus, éclate la douleur céphalique frontale, temporale, ou pariétale. Très limitée d'abord, elle envahit tout un côté du crâne, tout le crâne même et s'accompagne de vertiges, qui ont pu être constatés dès la période précédente. — Des nausées et des vomissements terminent l'accès.

Tel est le syndrome type, complet, à côté duquel l'auteur étudie *les migraines apthalmiques frustes*. Alors les troubles oculaires constituent seuls, pendant longtemps, toute l'affection. Une migraine légère les suit ou au contraire, ils sont si fugaces qu'on croit à une migraine simple. Les divers symptômes sont dissociés, séparés dans leur apparition par plusieurs jours.

L'aphasie dans ces diverses modalités est l'accident qui se surajoute le plus fréquemment aux phénomènes décrits plus

haut, celui qui impressionne le plus fâcheusement le malade. Puis viennent par ordre de fréquence les troubles de la sensibilité (fourmillement, endolorissement, sensations de froid) et beaucoup plus rarement ceux de la motilité (parésies ou paralysies). Ils occupent le membre supérieur, tout un côté du corps, le corps entier parfois. — En outre, la migraine ophthalmique coïncide avec des attaques épileptiformes, peut se substituer à de véritables attaques d'épilepsie. Serait-elle alors de l'épilepsie larvée? On ne devra pas confondre ces cas avec les troubles oculaires prémonitoires de l'attaque d'épilepsie qui ne ressemblent aucunement à ceux de la migraine ophthalmique. — Si le caractère de ces symptômes et de ces accidents est d'être transitoires, de courte durée, M. Charcot a montré qu'ils peuvent, l'hémiopie, les scotomes, l'aphasie surtout, persister, s'établir même définitivement; ce qui, non moins que les relations de la maladie avec l'épilepsie, rend fort incertain l'avenir d'une migraine ophthalmique.

Quant à la physiologie pathologique, fort obscurcie par ces accidents, M. Féré, s'appuyant principalement sur les travaux de M. Reynaud, sur l'aphyxie locale des extrémités, pense que la migraine ophthalmique dépend d'une anémie cérébrale consécutive elle-même à une excitation du sympathique. Des congestions, de la nécrobiose même pourraient la suivre et ainsi s'expliqueraient les troubles permanents. D. Bernard.

XXIII. Contribution a l'étude des phénomènes nerveux, nommés réflexes tendineux ; par J.-L. Prévost. (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 1881, n° 1, 2, 3.)

Le travail très intéressant de M. le professeur Prévost est divisé en deux parties. La première est en quelque sorte une revue, ayant pour objet les réflexes tendineux ; la seconde, contient les expériences et les conclusions de l'auteur.

Première partie. — M. Prévost rappelle les expériences par lesquelles Brown-Séquard, en lésant la moelle, obtint l'épilepsie spinale (1858) ; puis les travaux de Charcot et Vulpian (1866) et de leurs élèves (Bouchard, P. Dubois, 1868), sur la trépidation épileptoïde des membres (phénomène du pied, clonus du bras). En 1874, Erb et Westphal rapprochent de ces faits,

la contraction du triceps crural qui suit la percussion de son tendon (phénomène du genou). Mais, tandis que le phénomène du pied n'apparaît que dans les cas pathologiques, celui du genou est physiologique. Berger n'a constaté son absence que dans 1,56 cas sur 100. L'absence de ce phénomène est considérée comme un symptôme important du début de l'ataxie locomotrice, quand la sclérose atteint la région lombaire (Westphal, Erb, Erlenmeyer). Le réflexe patellaire fait également défaut dans les polyomyélites antérieures aiguës ou chroniques. Au contraire, les phénomènes tendineux sont exagérés dans tous les cas où l'on observe une certaine rigidité musculaire (scléroses du faisceau pyramidal primitives ou consécutives, contracture hystérique).

L'*interprétation physiologique* de ces phénomènes a été diversement donnée. Westphal admet qu'il s'agit d'une contraction directe, produite par les vibrations du tendon. Erb en fait un réflexe déterminé par l'excitation de fibres nerveuses tendineuses (Tschiriew a démontré l'existence de ces fibres); Schulze et Fürbringer, ayant constaté que la section du crural abolit la contraction du côté correspondant, et que la percussion détermine quelquefois un mouvement qui se propage jusqu'au membre du côté opposé, se rangent à l'idée qu'il s'agit d'un phénomène réflexe.

Quelques auteurs ont cherché à résoudre la question en étudiant les phénomènes tendineux par la méthode graphique. Le temps qui s'écoule entre l'excitation du tendon et la contraction du muscle a servi particulièrement d'argument ; mais les divers observateurs sont arrivés à des opinions absolument discordantes. G. Burckhardt pense que les phénomènes tendineux sont des réflexes, dont les ganglions spinaux sont le centre ; Brissaud en fait des réflexes médullaires ; Gowers pense que le clonus du pied résulte de l'excitation directe, tandis que le phénomène du genou est de nature réflexe ; enfin, A. Waller rejette l'idée d'un réflexe et pense que la moelle n'agit qu'en maintenant le tonus musculaire qui est nécessaire à la production du phénomène.

Par des sections méthodiques portant sur la moelle et les racines, Tschiriew pense avoir démontré que les phénomènes tendineux sont des réflexes qui utilisent pour se produire la 6ᵉ paire lombaire chez le lapin, probablement la 3ᵉ et la 4ᵉ chez l'homme.

Deuxième partie. — Ici M. Prévost rapporte trois séries d'expériences qu'il a entreprises dans le but d'élucider la question de la nature du réflexe tendineux.

Par la première série de recherches, il a confirmé les faits suivants : 1° la section du crural abolit le réflexe du genou (Schulze et Fürbringer) ; 2° la section de la racine postérieure de la 6ᵉ paire lombaire, chez le lapin, abolit le réflexe du genou (Tschiriew) ; celle des racines postérieures voisines n'a pas d'inflence sensible, à moins que l'on n'atteigne les racines du sciatique ; dans ce cas on obtient une augmentation du réflexe, de même façon que lorsque, ainsi que l'a fait Tschiriew, on sectionne le sciatique lui-même.

Dans la seconde série d'expériences, M. Prévost étudie l'effet du curare et des anesthésiques. Le premier de ces corps abolit le réflexe, ainsi que l'ont démontré Schulze et Fürbringer. L'anesthésie par le chloroforme aboutit au même résultat, quand elle est très profonde ; il semble en être de même pour l'éthérisation ; mais la morphine n'agit nullement dans le même sens, peut-être même exagère-t-elle le phénomène ; c'est ce dernier effet qui s'est également produit à la suite d'une injection intraveineuse de chloral.

Enfin dans la troisième série de ses expériences, M. Prévost, emploie un procédé nouveau pour l'étude du réflexe tendineux : l'anémie médullaire obtenue par la compression de l'aorte. On sait, par les travaux de Brown-Séquard, Schiff, Küsmaul, Vulpian, etc., que l'anémie abolit rapidement les propriétés physiologiques de la moelle, tandis qu'elle laisse persister assez longtemps celle des muscles et des nerfs. Or, la compression de l'aorte produit d'abord l'exagération des phénomènes tendineux ; mais bientôt (10-15 secondes) elle les abolit, et cet état d'inertie persiste d'autant plus longtemps après rétablissement de la circulation, que l'espace de temps pendant lequel celle-ci est resté interrompue, a été plus considérable. De ces faits, M. Prévost conclut que le phénomène du tendon est bien un réflexe, lequel est provoqué par l'excitation du tendon lui-même, et non par celle de la peau ; ce réflexe use pour se produire de la 6ᵉ paire lombaire chez le lapin (3ᵉ ou 4ᵉ de l'homme).

Cependant on pourrait, dit-il, « se demander, avec M. A. Waller, si le phénomène du genou, tout en ayant besoin de l'intégrité de la moelle pour se produire, n'est pas dû à l'exci-

tation directe du muscle. » — La transmission du réflexe du côté opposé lui semble un fait incompatible avec cette manière de voir. Mais dans un mémoire ultérieur, publié avec la collaboration de M. A. Waller [1], M. Prévost reconnaît que le mouvement du côté opposé est un mouvement d'ensemble du membre, et non une contraction du triceps crural seul. En effet, lorsqu'on a sectionné toutes les racines postérieures d'un membre, et même, en outre, tous les nerfs de ce membre, on abolit bien le réflexe de ce côté, mais sans détruire le mouvement du côté opposé. Celui-ci serait produit par la transmission directe des vibrations auxquelles donne lieu la percussion. Ces faits sont de nature à faire subsister le doute entre la théorie du réflexe et celle de M. Waller. A. Mayor.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XII. Sur la connexion qui existe entre l'état mental et l'inégalité des pupilles dans la paralysie générale ; par Francis Wyat-Thurnam (M. B.), médecin à l'asile de Bristol. Analyse du Dr Ch. Guyot, de Tirlemont. (*Bulletin de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, 1880.)

D'une statistique établie sur soixante-treize cas, il résulte que la dépression mentale est généralement associée, dans la paralysie générale, à la dilatation de la pupille droite et à la contraction de la gauche. Par contre, une certaine exaltation s'accompagne d'une contraction de la pupille droite avec une légère dilatation de la gauche ; proportion, 64 p. 100 ; cas opposés, 25 ; cas douteux, 11 p. 100. Voici les déductions qu'en tire l'auteur :

[1] *Rev. med. de la Suisse Romande*, t. Ier, 1881, n° 6.

1° La dépression précédant ordinairement l'exaltation dans la paralysie générale, la maladie était probablement à une période initiale quand il trouvait la pupille droite dilatée avec la dépression mentale; à une période plus avancée, quand il rencontrait les phénomènes opposés.

2° De la relation entre les phénomènes pupillaires et le fonctionnement de la troisième paire, de la connexion de la troisième paire avec les corps quadrijumeaux (le centre de l'expression réflexe des émotions d'après Ferrier), l'auteur passe à la connexion supposée qui, existant entre l'état de l'intelligence et celui de la pupille en général, remplace l'impression sensitive du nerf optique par l'impression d'une idée mentale, et considère les lobes optiques comme le centre réflexe commun à ces deux ordres d'impressions.

3° Rappelant le siège particulièrement à gauche du centre du langage, s'en référant à Ferrier qui appelle l'attention sur le pouvoir volitionnel moindre et sur le pouvoir automatique plus considérable de l'hémisphère droit; se rangeant à la supposition de M. Voisin sur l'existence d'un centre de grandeur, l'auteur signale la possibilité de l'existence dans l'hémisphère droit « d'un centre d'exaltation » dont l'initiative produit les illusions de grandeur, les idées exaltées, et dans l'hémisphère gauche d'un « centre de dépression » dont l'initiative provoquerait les états intellectuels qui se dessinent dans la mélancolie.

4° Enfin poursuivant l'existence de ces centres, s'appuyant sur Austin, qui avait remarqué, sauf deux cas exceptionnels, la dépression mélancolique avec la dilatation de la pupille droite, et l'excitation, l'exaltation avec la dilatation de la pupille gauche, l'auteur admet des noyaux celluloïdes, présidant au plaisir d'un côté du cerveau, à la peine, dans l'autre. En définitive, il localise les émotions tristes dans les couches optiques droites, et les gaies dans les couches optiques gauches. Le traducteur admet les opinions de l'auteur sur l'existence de ces centres dans leurs hémisphères respectifs sans les localiser davantage. A notre avis, il serait prudent de ne pas chercher à les localiser, d'autant qu'en saine physiologie, la dépression et l'exaltation ne constituent pas des fonctions, mais bien des modes de fonctionnement : point besoin n'est de chercher des organes pour remplir des fonctions qui n'existent pas.

E. Chapentier.

XIII. Lettre médicale sur Gheel et le patronage familial, adressée au comte de Bela (de Kalnoky), membre de la diète de Moravie ; par le Dr J. Peeters, médecin inspecteur de Gheel. (*Bull. de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, 1880.)

Gheel, dans le département des Deux-Nèthes, est une colonie d'aliénés, composée d'un village avec de nombreux hameaux, habités par des paysans, dits nourriciers, chez lesquels sont placés, moyennant une faible rétribution, les aliénés. Cette colonie comprend de plus une infirmerie où sont transportés les aliénés malades ou en proie à un paroxysme, et où sont mis en observation les malades amenés à Gheel, pour être répartis après un séjour aussi court que possible dans les hameaux. Pour seize cents aliénés, l'infirmerie, n'en contient jamais plus de trente-cinq. Le chiffre des guérisons paraît peu élevé, à cause du grand nombre d'incurables et d'idiots inoffensifs, dont se débarrassent les hospices encombrés. La proportion des décès diminue chaque année; les évasions y sont fort rares, malgré l'emploi restreint des moyens de coercition. Depuis la création de la colonie, il n'y a eu que trois crimes commis; les suicides sont exceptionnels, un seul cas en cinq ans. En prenant le chiffre des aliénés entrés avec des chances favorables ou douteuses de curabilité, soit 103 de cette catégorie, la proportion des terminaisons heureuses sera de 83 p. 100.

L'auteur termine ainsi sa lettre : « Notre colonie peut montrer les bienfaits de la vie de famille et de la liberté octroyée à des milliers de malheureux, et cela sans charges pour le trésor. En effet, au lieu d'un établissement qui devait recevoir quatorze cents aliénés, et qui à trois mille francs par malade coûterait plus de quatre millions, nous avons une infirmerie qui a coûté deux cents mille francs et des finances qui se soldent chaque année par un boni considérable. » E. C.

XIV. Lettre médicale sur Gheel et le patronage familial, adressée à M. le Dr Ingels, médecin de l'hospice Guislain, à Gand; par le Dr J.-A. Peeters, médecin inspecteur à Gheel.

La première lettre insérée dans le numéro des *Bulletins*, année 1880, était adressée au comte Bela (de Kalnoky), qui vient de mourir. Le docteur Peeters, dans cette deuxième lettre, insiste

surtout sur les avantages du patronage familial et tout d'abord au point de vue du traitement moral, sur l'isolement tout particulier dans la colonie, isolement répondant à l'idée que s'en faisaient Esquirol, Griesinger, Lowens, bien différent de l'isolement par séquestration dans un établissement fermé. — A Gheel le malade est isolé, mais jouit de la liberté et de la vie de famille. En décembre 1864, à la Société médico-psychologique, M. Jules Falret reconnaissait à la colonie les avantages suivants : grande liberté de circulation laissée aux aliénés, le bien-être moral plus grand résultant pour eux d'une manière de vivre moins monotone et de la vie de société, enfin le travail rendu plus attrayant et plus facile. La création à Gheel d'un asile au petit pied, il est vrai, n'a rien changé à ses conditions fondamentales : car sur 1.600 aliénés à Gheel, 35 seulement sont à l'infirmerie. Toutefois il ne faut pas exagérer, et tous les aliénés ne peuvent être admis à Gheel : exemple les aliénés dangereux, et encore parmi ceux-là faut-il distinguer et ne les considérer comme tels que lorsque le délire implique chez eux une tendance expresse aux agressions contre les personnes et les choses (suicide, homicide, blessures, coups, destruction, vol, incendie), aux actes propres à troubler la tranquillité publique (cris, tapage nocturne, vagabondage), et aux offenses à la morale publique (actes et paroles obscènes, attentats aux mœurs). Ces aliénés, non plus que ceux dont les évasions auraient été trop fréquentes, ne peuvent être conservés à Gheel.

L'auteur examine ensuite les avantages de Gheel pour les aliénés incurables et inoffensifs, et montre que la colonie répond aux indications que demandait pour eux M. Moreau (de Tours), dans son étude sur la colonie en 1862. « Il suffit de placer le malade dans les conditions d'hygiène les plus avantageuses et de lui créer une existence qui s'éloigne le moins possible de celle dont il jouissait avant que la maladie l'eût frappé, existence à laquelle tout aliéné a un droit absolu, il ne faut pas l'oublier, et qu'on ne peut lever sans injustice. » Quant à la valeur thérapeutique du patronage familial, elle est indiscutable en raison des avantages qu'il présente sur les établissements fermés. Pour la question de l'hygiène, M. [illegible] a dit que l'isolement dans une maison de santé est le mode d'existence des aliénés le moins dangereux en France ; cela est vrai, dit en terminant le Dr Peeters, pour la France, mais ne l'est pas pour la Belgique. E. C.

XV. Rapport médico-légal concernant l'état mental du sieur M. K. B., accusé de tentative de meurtre sur la personne de M. W...; par M. le Dr Ramaer. *(Bull. de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, 1880.)

Folie morale se transformant graduellement en folie raisonnante, puis en folie caractérisée par l'idée fausse d'être la victime d'autrui, pour aboutir à la folie persécutive. Le méfait a été commis sous l'influence de la maladie. Acquittement. Séquestration dans une maison de santé. E. C.

XVI. Un cas d'atrophie du cervelet; par le Dr Seppili. (*Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*. Année 1880, 1er fascicule, p. 91.)

Conclusions : 1° les altérations microscopiques qui constituent généralement l'atrophie du cervelet sont : le développement considérable du tissu conjonctif interstitiel et l'atrophie des cellules de Purkinje. Celles-ci disparaissent complètement ou sont petites de volume, irrégulières de contour, à contenu granuleux, à noyaux ou nucléoles peu ou point apparents, à prolongements rares et grêles. Les fibres nerveuses ont aussi diminué en nombre et en épaisseur;

2° Le principal phénomène morbide qui accompagne l'atrophie du cervelet est l'incoordination des mouvements. Elle ne constitue pourtant pas un phénomène constant, mais elle peut manquer dans quelques cas;

3° La circonstance que l'ataxie demeure latente dans l'atrophie du cervelet peut s'expliquer par la structure normale de l'organe, quoique celui-ci soit devenu plus petit, ou par l'augmentation de l'activité fonctionnelle de ces parties du cervelet, non sujettes à l'atrophie, ou bien par l'intégrité des veines, ou enfin par un effort conscient, volontaire et répété, par suite duquel le cerveau supplée à l'activité coordinatrice du cervelet;

4° Il ne se présente pas de désordres de la sensibilité cutanée dans l'atrophie du cervelet;

5° C'est une erreur de localiser l'appétit vénérien dans le cervelet. E. C.

XVII. DES ALTÉRATIONS DU PIGMENT CHOROÏDIEN CHEZ LES ALIÉNÉS; par le Dr RIVA. (*Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*. Année 1880, 1er fascicule, p. 91-92.)

Dans les maladies mentales, et de préférence dans les formes intermittentes, paroxysmatiques, quand bien même elles dépendent de la cachexie pellagreuse, l'aspect du fond de l'œil présente certains caractères spéciaux consistant en une dépigmentation de la choroïde et de l'épithélium pigmenté de la rétine, ainsi qu'en une décoloration et un état trouble de la rétine. E. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCOLOGIQUE

Séance du 12 décembre 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DELASIAUVE.

M. DALLY offre à la Société un travail sur *l'ethnologie considérée au point de vue sociologique.*

Suite de la discussion sur les aliénés criminels. — M. FALRET n'avait pas l'intention de revenir sur cette question, qu'il a déjà traitée en 1869. Cependant comme elle vient d'être remise sur le tapis par M. Motet, il ne croit pas inutile de rappeler les arguments qui aujourd'hui, aussi bien qu'en 18.9, s'opposent à la création d'un asile d'Etat. La question, dit l'orateur, n'a pas avancé d'un seul pas. Partisans et adversaires font valoir les mêmes arguments. Néanmoins comme elle est actuellement à l'ordre du jour des pouvoirs publics, au point de vue de l'étude et non pas, je l'espère, au point de vue de la réalisation, je crois qu'il est bon de la développer devant la Société, qui pourra se prononcer ensuite avec connaissance de cause. Je ne reviendrai pas sur l'historique de la proposition que nous a faite M. Motet, à la suite de son voyage à Londres. Je

rappellerai seulement que l'idée de traiter dans les asiles spéciaux, régis par des lois spéciales, des aliénés dits criminels, a germé pour la première fois en Angleterre en 1801, à la suite d'une tentative d'assassinat, commise sur le roi par un aliéné; elle a donné lieu à la construction, en Irlande, de Broadmoore, que vous connaissez. Les difficultés pratiques, rencontrées dans l'exécution de cette nouvelle organisation, ont motivé un grand nombre de lois très complexes sur lesquelles il serait trop long d'insister. Quand cette même question a été soulevée en France, la plupart de nos confrères, je dois le dire, se sont prononcés en faveur de l'asile spécial; je me suis donc trouvé dans une situation très difficile, car je suis encore presque seul à lutter contre cette création. Mais quelle que soit l'autorité de mes adversaires, je suis loin d'être convaincu par les raisons qu'ils mettent en avant. Elles se divisent en trois groupes qu'on peut ainsi résumer : motif de sécurité, motif moral et motif législatif.

C'est le premier qui frappe le plus; tout le monde, en effet, se montre très effrayé des actes violents auxquels se livrent les aliénés, et il vient naturellement à l'esprit de chercher à préserver la société par une loi spéciale, de plus en plus nécessaire. Les tendances actuelles, par l'extrême liberté qu'elles laissent aux malades dans les asiles, enlèvent toutes les garanties de sécurité. Ce motif paraît d'abord puissant; mais quand on y regarde de près, on s'aperçoit qu'il n'est d'aucune valeur dans l'argumentation, car les aliénés dangereux, auxquels ils pourraient s'appliquer, ne sont pas des aliénés criminels, et ne seront nullement atteints par la loi qui placerait ceux-ci dans l'asile dont nous nous occupons.

Le motif moral ne doit pas nous arrêter davantage. Il est pénible, nous dit-on, de voir mélanger à des malades calmes des aliénés condamnés pour des actes infamants ou violents. La grande notoriété de certains crimes rend impossible à cacher aux familles cette promiscuité.

Je comprends à la rigueur cet argument, qui peut s'appliquer à quelques cas très rares. Pour ceux-là, je crois que Gaillon suffirait largement. D'ailleurs, nous avons dans nos asiles des malades turbulents, bien plus ennuyeux pour les autres, que ne le sont les criminels, passant le plus souvent inaperçus; leurs compagnons les supportent très bien.

D'après ceux qui invoquent le motif social, les malades condamnés par les tribunaux devraient être soumis comme tels à une certaine législation, différant de celle qui régit les aliénés ordinaires. Le médecin seul ne devrait pas être responsable de leur sortie dont les conséquences peuvent être fort graves, et partant de ce principe on en arrive à proposer la séquestration perpétuelle de tout aliéné homicide.

Il y a là, en effet, une difficulté énorme au point de vue de la pra-

tique, et tous les médecins aliénistes se sont trouvés souvent en présence de cas très embarrassants; mais la loi spéciale, à laquelle on voudrait soumettre les malades dont je parle, ne résoudrait aucunement cette difficulté. En fin de compte, ce sera toujours le médecin qui sera appelé à décider si tel aliéné peut sans danger être rappelé à la liberté. — Si vous craignez que des aliénés criminels et dangereux ne parviennent à s'échapper des asiles, faites dans chaque établissement ce qu'on a fait à Broadmoore : augmentez dans un quartier le nombre des gardiens et vous vous trouverez dans les mêmes conditions, puisque M. Motet nous a dit que cet asile d'Etat était tout à fait semblable aux autres asiles. Parchappe, du reste, n'a-t-il pas demandé depuis longtemps qu'on organisât un service spécial pour les mélancoliques à idées de suicide et les malades violents?

En agissant ainsi, nous éviterons de traiter en criminels dangereux des malades absolument inoffensifs, comme il y en a tant à Broadmoore. Autrement nous ferons un pas en arrière, nous ramenant vers l'époque où les aliénés étaient considérés comme des prisonniers.

M. Lunier, qui ne partage pas la manière de voir de M. Motet, voudrait qu'on soumît ces malades à une législation spéciale et qu'on installât une commission qui en ferait le classement.

M. Motet se défend d'avoir considéré Broadmoore absolument comme un asile ordinaire. Broadmoore ne relève que de l'Etat, qui l'entretient : c'est le ministre et non plus le préfet qui signe l'entrée ou la sortie des individus qui y sont séquestrés suivant le bon plaisir de Sa Majesté, pour employer l'expression consacrée. M. B.

Séance du 26 décembre 1881. — Présidence de M. Luys.

M. Motet raconte l'histoire d'un malade mort d'*étranglement interne* dans le service de M. Dagonet, et que le directeur de Sainte-Anne, sur la simple dénonciation d'un délirant persécuté, soupçonnait d'avoir été *étranglé... par un interne*. Cette idée plaisante provoqua une enquête. On devine quel en fut le résultat, mais on s'étonnera sans doute d'apprendre qu'elle fut commencée à l'insu de M. Dagonet, et que le parquet était déjà saisi alors qu'on cachait soigneusement l'affaire au chef de service.

M. Dally s'élève avec indignation contre de semblables procédés et tous les membres, s'associant à cette protestation, décident de l'insérer au procès-verbal. Un extrait en sera remis officiellement à M. Dagonet comme un témoignage de sympathique considération.

La Société passe ensuite au renouvellement de son bureau, qui est ainsi composé pour 1882 :

M. Dally, vice-président, devient *président* de droit.

Sont nommés : MM. Motet, *vice-président* ; — Ritti, *secrétaire général* ; — Charpentier et Garnier, *secrétaires annuels* ; — Voisin, *trésorier*.

Comité de publication. — MM. J. Falret, Dagonet, Dumesnil.

Membres adjoints au bureau pour le conseil de famille. — MM. Legrand du Saulle et Luys.

Commission du prix Aubanel. — MM. Dagonet, Falret, Legrand du Saulle, Mesnet, Charpentier.

Commission du prix Esquirol. — MM. Baillarger, Métivier, Lunier, Blanche et Garnier.

M. Lunier lit une note de M. Baillarger, sur une lésion de la paralysie générale, que l'auteur a rencontrée quatre fois. Quand dans ces cas on essaie d'enlever les méninges, elles entraînent toute la substance grise qui est sous jacente aux points altérés et amènent ainsi une véritable décortication de la substance blanche [1].

M. Dally fait ensuite une communication sur les contractures qu'il divise en trois espèces, suivant qu'elles dépendent des muscles, de la moelle ou du cerveau. Il s'étend plus longuement sur les dernières et les désigne du nom de contracture par appréhension. Elles surviennent chez les jeunes sujets dont on a remué un peu violemment les articulations douloureuses, pour en explorer l'état. Il rapporte l'observation d'une malade non hystérique offrant une contracture de la jambe et qui refuse depuis de laisser examiner son membre. M. Dally a employé ce qu'il appelle le traitement moral. Il a engagé la malade à tenter de faire elle-même de petits mouvements. Ce traitement semble vouloir donner de bons résultats.

M. Charpentier demande comment se comportent les muscles pendant le sommeil en général et la chloroformisation en particulier.

M. Dally. — La jeune fille a été endormie une fois il y a fort longtemps par un de nos confrères, mais il s'est produit de tels accidents, que la famille n'a pas voulu consentir à une nouvelle épreuve.

M. Charpentier rappelle que chez certains hémiplégiques l'appréhension de voir examiner leurs membres augmente la contracture.

M. B.

[1] Voir plus haut, p. 336.

Séance du 30 janvier 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DALLY.

M. LUYS, après avoir retracé en quelques mots les principaux travaux soulevés au sein de la Société dans le courant de 1881, cède le fauteuil à M. Dally qui exprime à son tour, en paroles éloquentes, le légitime orgueil qu'il éprouve d'être appelé à la présidence.

M. MOTET remercie ensuite la Société des appuis bienveillants et sympathiques que chacun de ses membres n'a cessé de lui prodiguer pendant qu'il remplissait les fonctions de secrétaire général; il fait ensuite part de la mort du regretté Brierre de Boismont et donne lecture du discours prononcé sur la tombe.

M. RITTI, avant de procéder au dépouillement de la correspondance, prononce également quelques paroles de remerciement à la Société qui l'a nommé secrétaire général.

La correspondance comprend les différents mémoires déposés pour le prix Aubanel et pour le prix Esquirol.

Sept concurrents se sont présentés pour le premier de ces prix, et ont envoyé les mémoires suivants :

AZAM : Des troubles intellectuels consécutifs aux traumatismes du crâne. — VERKAMP : D'une forme non décrite d'hallucinations panoramiques. — DEBACKER : Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants. — RÉGIS : Etiologie de quelques formes de paralysie générale. — BERGERON : Folie de la puberté. — BRIAND : Du délire aigu et de quelques altérations du sang dans le délire aigu. — PLI CACHETÉ : De l'hérédité dans le crime.

Deux mémoires ont été déposés pour le prix Esquirol :

1° De l'évolution du délire dans les vésanies. — 2° Des congestions dans la paralysie générale.

M. LEGRAND DU SAULLE donne lecture du rapport à la commission des finances; il fait appel aux membres de la Société qui ne sont pas encore inscrits sur la liste de souscription dressée pour élever une statue à Pinel. Il annonce en terminant que, grâce à son initiative, la famille de Belhomme vient de verser entre ses mains une somme d'argent destinée à fonder un prix qui portera le nom de prix Belhomme.

M. FOVILLE communique à la Société quelques considérations médico-légales sur la responsabilité des faibles d'esprit. M. B.

Séance du 27 février 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DALLY.

Prix Belhomme. — La somme d'argent que la famille Belhomme se dispose à verser à la Société, pour la fondation d'un prix, est acceptée. Ce prix, d'une valeur de 900 francs, sera triennal et portera le nom de *Prix Belhomme*. Il sera décerné pour la première fois en avril 1885 à l'auteur du meilleur travail sur l'Idiotie. Les conditions du concours seront fixées ultérieurement.

Hydrocéphalie. — M. Christian présente les pièces anatomiques d'un hydrocéphale dont l'histoire peut être ainsi résumée : Cet homme mort à quarante ans a eu une enfance très tourmentée et ne paraissait pas devoir vivre longtemps. Il se fit cependant remarquer de bonne heure par un goût spécial pour la musique et une aptitude particulière à apprendre les langues étrangères. Son caractère a toujours été un peu difficile, mais ce n'est qu'à l'âge de trente-neuf ans qu'il a donné des signes bien manifestes d'aliénation mentale : il devint vers cette époque triste, maussade, emporté, violent, et présenta même des impulsions à l'homicide et au suicide. Dans les derniers mois de sa vie il eut, en outre, des attaques épileptiformes auxquelles il finit par succomber.

L'encéphale pèse 1400 grammes et les ventricules contenaient au moment de l'autopsie 1100 grammes de liquide. La substance grise est amincie; tout le cerveau s'est étalé sous l'influence de la pression du liquide ventriculaire, de sorte qu'il semble avoir gagné en étendue ce qu'il perdait en épaisseur. Le crâne est complètement ossifié; il est symétrique; son diamètre antéro-postérieur offre une longueur de 24 centimètres; la circonférence est de 70 centimètres.

M. CHARPENTIER demande si les ventricules communiquaient avec a cavité arachnoïdienne par la fente cérébrale. Si la communication existait, on ne voit guère comment le liquide comprimant le cerveau à la fois en dehors et en dedans aurait pu en accroître le développement; il devait au contraire en diminuer le volume.

M. CHRISTIAN n'a pu vérifier ce point de doctrine.

M. FALRET. J'ai observé autrefois, dit-il, ce malade qui m'a vivement intéressé : c'était un véritable aliéné à forme mélancolique avec impulsions dangereuses; il a de tout temps appartenu a cette catégorie de faibles d'esprit qui présentant quelques facultés partielles très développées peuvent en imposer tout d'abord et passer aux yeux du monde pour avoir une certaine intelligence, mais ne sont en réalité que des imbéciles.

M. LUNIER connaît quelques idiots qui passent pour être d'excellents musiciens.

Présentation de malade. — M. Régis lit une note relative à un malade présenté déjà par M. Ball à l'Académie de médecine. Le sujet de l'observation est un jeune homme de dix-huit ans qui présente des hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une otite moyenne. L'otite serait elle-même la conséquence d'un soufflet. Il résulte de cette note deux points saillants : d'abord l'hallucination se rattache à l'otite et en second lieu le malade ne serait pas aliéné.

M. Blanche demande si M. Ball n'a pas dit à l'Académie que le malade avait des tendances et même des impulsions au suicide. Ce serait alors un aliéné ordinaire.

M. Ball. C'est vrai, mais je ne le considère cependant pas comme aliéné.

M. Blanche. Si je me suis permis de vous faire cette petite observation, c'est que vous avez aussi parlé de violences qui semblaient constituer de véritables actes délirants, et de plus que vous avez fait séquestrer le malade.

M. Ball. Il a en effet commis quelques actes qu'à la rigueur on peut qualifier de délirants; j'ajouterai même qu'il a, à différentes reprises, manifesté l'intention de se tuer; mais je ne crois pas qu'il y ait dans ces faits des éléments suffisants pour constituer un véritable délire.

M. Blanche. Ne pensez-vous pas alors que ces impulsions au suicide étaient déterminées par une certaine croyance en ses hallucinations? Enfin il était par moments très violent et a menacé dans la rue des personnes dont il se croyait insulté.

M. Ball. Je ne le crois pas. Ses violences reconnaissaient pour causes des choses futiles. Cet enfant a quitté l'école, débile, triste, lypémaniaque, irritable, et depuis une fièvre tphoïde n'a jamais été ce qu'il paraissait être auparavant. Ces faits justifient parfaitement sa séquestration à l'asile.

M. Lunier. Il ne me semble pas absolument démontré que cet individu soit aliéné; il offre des anomalies dans les actes et il lui suffit d'avoir des impulsions pour entrer dans la catégorie de ceux qu'on séquestre, parce qu'ils ne peuvent se soustraire à leur premier mouvement. Il y a en somme de fortes réserves à faire sur ce point. De plus, je considère les autres phénomènes présentés par le malade comme des illusions et non pas des hallucinations. L'hallucination a en effet son siège dans le centre même, l'illusion au contraire dans l'organe du sens ou l'appareil de transmission. L'otite ne peut donc déterminer que des illusions.

M. Ball place définitivement son malade dans la catégorie des incorrects. S'il offre, dit-il, des troubles intellectuels, c'est dans l'ordre de la volonté et non pas de la pensée qu'il faut les chercher; de plus, le véritable interêt de l'observation porte sur la dis-

tinction entre une hallucination et une illusion. Peut-être un jour toutes les hallucinations ne seront-elles que des illusions.

M. Bourdin, qui tient aussi pour les illusions, se demande s'il n'y aurait pas, par hasard, une simple coïncidence entre l'otite et les troubles intellectuels presentés par le sujet.

M. Régis répond que le phénomène, illusion ou hallucination, tend à disparaître sous l'influence du traitement local.

Marcel Briand.

BIBLIOGRAPHIE

XII. *Recherches sur la localisation des fonctions dans le cerveau de l'homme;* par Sigismond Exner. Vienne, 1881.

Cet ouvrage est certainement le plus considérable de tous ceux qui ont été consacrés à une étude d'ensemble des localisations cérébrales chez l'homme. Mais il ne faut pas s'attendre à y rencontrer de nouveaux faits cliniques ou expérimentaux, attendu que l'œuvre entière ne renferme que des observations déjà publiées; et encore l'auteur s'est-il arrêté dans ce travail de compilation, à l'année 1880, c'est-à-dire à une époque depuis laquelle une trentaine de cas importants sont venus s'ajouter aux autres. Il n'est pas non plus à dire pour cela que l'étude de M. Exner soit dépourvue d'originalité, tant s'en faut. D'ailleurs cette seule qualité pouvait justifier une tentative dans laquelle il s'agissait de tirer un nouveau parti d'une matière déjà fructueusement exploitée.

Il faut convenir que certains *localisateurs*, impatients de fixer avec la rigueur mathématique la topographie fonctionnelle de l'écorce cérébrale, ont péché par excès de précision, au risque de discréditer la cause qu'ils voulaient servir. M. Exner a su éviter cette tendance. Frappé du défaut de coïncidences des lésions dans un certain nombre de cas, où les relations cliniques présentaient une analogie étroite, sinon une identité parfaite, il s'est borné à confronter tous les faits mis en circulation depuis l'origine de la doctrine localisatrice : on conçoit que la totalité des observations employées à une pareille enquête fournisse des conclusions plus

légitimes que celles qui ont été formulées sur l'examen d'une quantité relativement restreinte de cas.

D'un autre côté, il n'était pas possible de chercher à utiliser dans la même mesure les milliers de faits accumulés depuis tantôt un siècle dans les recueils médicaux. L'auteur n'a conservé de cet immense dépouillement d'observations que celles qui concernaient des *lésions corticales*; et, qui plus est, parmi celles-là, il en a élagué encore un grand nombre, pour la raison que l'indication du siège des altérations à la surface des plis cérébraux ne présentait pas la précision nécessaire.

Après avoir ainsi réduit le nombre des cas de localisations publiés jusqu'à janvier 1880 au chiffre de 167, M. Exner s'est livré à un véritable jeu de patience, consistant à figurer sur des schémas de l'écorce cérébrale les lésions mentionnées dans ces 167 observations en les superposant les unes aux autres. Or, de ce travail de synthèse qui semblait devoir aboutir à la conclusion que l'aire motrice est plus étendue qu'aucun auteur ne l'a dit, il est résulté ceci: c'est qu'il existe en effet une très vaste région de la face externe et de la face interne du cerveau, dont l'altération *peut* produire des troubles de la motilité; mais aussi qu'il existe certaines circonvolutions ou certaines portions bien circonscrites de la même région, dont l'altération entraîne non pas éventuellement, mais fatalement, des phénomènes de spasme ou de paralysie.

Il va sans dire que, parmi les 167 cas utilisés par M. Exner, un bon nombre est relatif à des *lésions sans symptômes*. Ceux-là, qu'il appelle cas négatifs, ont d'abord été employés tous seuls à la délimitation de l'aire corticale, dont les modifications ne produisent pas de troubles moteurs; mais ils ont du même coup servi à circonscrire l'aire motrice, car sur les schémas où les lésions sont représentées par une série de teintes superposées ou juxtaposées, le champ moteur reste nécessairement incolore. En apportant le plus grand soin à la collation et à la figuration de ces cas négatifs, l'auteur a donc été fort bien inspiré. De là résulte encore une notion fort curieuse, à savoir que la région corticale, dont les lésions ne produisent pas de troubles de la motilité, et que l'on peut appeler région *latente*, est beaucoup plus étendue dans l'hémisphère droit que dans l'hémisphère gauche; ou, en intervertissant les termes, que les centres moteurs dans l'hémisphère gauche, ont une importance quantitive supérieure à celle des centres homologues dans l'hémisphère droit. Si l'on rapproche ce fait de la localisation du langage dans le lobe frontal gauche, on est en droit d'admettre, d'une façon générale, la proéminence de cette moitié du cerveau sur celle du côté opposé, du moins chez l'homme, l'*homo sapiens* de Cuvier.

Entrant ensuite dans le détail, M. Exner démontre que les circonvolutions peuvent être réparties physiologiquement en trois

catégories, ou anatomiquement en trois régions qu'il appelle : région *latente*, région *relative* et région *absolue*. La région latente est celle dont les altérations pathologiques ne donnent *jamais* lieu à des symptômes paralytiques. La région relative est celle dont la destruction totale ou partielle entraîne *quelquefois* des troubles moteurs. Enfin la région absolue est celle dont les localisations morbides produisent toujours et fatalement ces troubles. A première vue, il peut paraître singulier qu'un territoire cortical soit, suivant les cas, psycho-moteur ou indifférent. En d'autres termes, on peut s'étonner qu'il existe une région *relative*. On comprend néanmoins qu'il en soit ainsi quand on réfléchit qu'une altération pathologique, si limitée qu'elle soit, détruit en même temps des portions motrices de l'écorce et des portions non motrices. Or, dans les régions cérébrales où siègent les centres de mouvement, la destruction du tissu cortical empiète le plus souvent sur des parties dépourvues de propriétés motrices, de telle sorte qu'il est fort difficile de déterminer, à l'aide d'un petit nombre de cas seulement, quelles parties sont dévolues aux mouvements volontaires et quelles parties ne le sont pas. Mais en superposant une grande quantité de lésions analogues, on arrive à circonscrire un département de substance grise dont la lésion ne manque jamais dans tel ou tel cas de paralysie localisée. Ce département relativement restreint représente le champ *absolu* d'un centre moteur ; le reste représente le champ *relatif*. Il peut se faire que, chez un sujet, le champ relatif soit seul intéressé, le champ absolu restant indemne, et que cependant une perversion de la motilité en soit la conséquence. Chez un autre sujet, le même champ relatif peut présenter les mêmes altérations et les fonctions motrices auront conservé intactes leurs attributions physiologiques. La conclusion qui découle nécessairement de la comparaison de ces faits, en apparence contradictoires, est la suivante : la forme et les dimensions du champ relatif varient suivant les individus. Autant le champ absolu est fixe dans sa situation et dans ses propriétés fonctionnelles, autant le champ relatif de chaque localisation est changeant dans son étendue et dans ses rapports anatomiques. Il va sans dire que le champ relatif lui-même ne dépasse jamais certaines limites.

On doit savoir gré à M. Exner d'avoir insisté sur les champs *relatifs* des centres moteurs, qui permettent de comprendre quelques divergences d'opinion relatives à la détermination exacte de certaines localisations.

Les champs *absolus*, au dire de M. Exner, sont très rapprochés les uns des autres, mais ils ne se confondent pas. Ils ne correspondent pas non plus d'une façon rigoureusement exacte aux territoires qui ont été délimités par MM. Charcot et Pitres : ainsi ces auteurs placent le centre cortical des muscles de la langue dans la partie la plus inférieure et la plus postérieure du *gyrus frontalis* in-

férieur et le font empiéter sur la partie inférieure du *gyrus central* antérieur (circonvolution frontale ascendante). M. Exner localise ce centre un peu plus haut.

De même, pour MM. Charcot et Pitres, les muscles du visage ont leurs centres dans les extrémités inférieures des deux circonvolutions rolandiques, tandis que toute la portion supérieure de ces circonvolutions, avec le lobule paracentral, est affectée aux deux membres; quant au tiers moyen des circonvolutions rolandiques, il appartiendrait exclusivement au membre supérieur et même seulement à l'avant-bras et à la main. Exner, à l'encontre de cette opinion, signale douze observations de paralysie des membres sans lésions du lobule paracentral ou des parties les plus élevées des circonvolutions rolandiques.

Enfin, contrairement à l'opinion la plus généralement admise, Exner prétend que la partie la plus élevée des circonvolutions centrales renferme le champ *absolu* du membre supérieur et non pas celui du membre inférieur, etc...

On pourrait, à notre avis, adresser un reproche à M. Exner. Pour établir toutes ces localisations, d'après les cas si nombreux qu'il a analysés, il s'est servi des schémas de Ecker. Ces schémas sont sans doute très suffisants pour représenter une localisation, dans sa forme générale et ses dimensions approximatives, mais pour limiter les champs *relatifs*, ces figures sont par trop propices. Le mieux eût été de prendre avec grand soin l'empreinte de chaque hémisphère et d'y reproduire fidèlement le caractère topographique de la lésion.

On conçoit qu'un travail si consciencieux ait permis à l'auteur de se faire une opinion et de la proclamer : « Je ne croirai, dit M. Exner, à l'uniformité fonctionnelle de toutes les circonvolutions que lorsque une collection de faits analogues à celle-ci, aura démontré que *le champ absolu du membre supérieur siège à la face inférieure du lobe sphénoïdal, celui de l'hypoglosse dans le lobe occipital et celui de l'œil dans le lobe frontal.* » E. B.

XIII. *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*; par P. Richer. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. 1 vol. in-8°. 1881.

Certainement depuis Carswell jamais médecin n'a mis au service de la science plus habile crayon que M. P. Richer. On n'estimera pas moins que les planches à l'eau-forte, gravées par lui-même, les croquis qu'il a si libéralement répandus dans le texte et qui traduisent, avec une exactitude à laquelle une description écrite ne saurait que difficilement prétendre, les divers et fugaces épisodes de l'hystéro-épilepsie.

La première partie de cet ouvrage traite de la grande attaque

hystérique complète et régulière. L'auteur étudie d'abord en détail l'ovarie, les zones hystéro-épileptogènes, les hallucinations, les divers prodromes.

Le myographe lui a permis de faire des deux premières périodes *épileptoïde* et de *clownisme*, là où tout paraît désordonné, une description très précise dans les moindres détails, de les différencier exactement. Le retour incomplet de la sensibilité sensorielle, la variété du délire distinguent de la troisième période (*des poses plastiques*), la quatrième (*de délire*), tandis que les hallucinations, les soubresauts, les contractures rapprochent celle-ci de la première, fait important. — La température constamment normale, la reprise rapide de la conscience, la fatigue légère qui suit l'attaque aussi bien que les états de mal hystéro-épileptiques les plus prolongés ne permettent la confusion ni avec l'accès, ni avec l'état de mal épileptiques.

Ces descriptions parfaitement exactes, quant aux malades de la Salpêtrière peuvent-elles s'appliquer à celles qu'on observe en dehors? M. Richer, qui ne nie pas l'influence de l'imitation sur le mal hystérique et la démontre même, répond à cette objection souvent faite par des observations d'attaque hystéro-épileptique prises, la première sur une malade même du service de M. Charcot avant son entrée, les autres sur des malades de la clientèle civile à Paris et ailleurs, enfin par des observations puisées dans les annales de la science, auxquelles s'applique nettement la division en périodes établies par le professeur de la Salpêtrière. M. Richer a pu en outre, dans ce long dépouillement, relever bien des erreurs de diagnostic et rapporter à l'hystérie des faits attribués à l'épilepsie. Il faut d'ailleurs rapprocher la grande attaque de l'attaque d'hystérie vulgaire. Elle n'est que le degré le plus intense de l'hystérie et son étude approfondie jette un jour singulier sur toute la symptomatologie de la névrose.

En abordant, dans la deuxième partie, la description des principales variétés de la grande attaque hystérique, variétés dépendant soit de l'extension, de la prédominance d'une période, soit de l'immixtion d'éléments étrangers de somnambulisme, de catalepsie, de léthargie, M. Richer déclare que c'est là la partie la plus intéressante de sa tâche, la plus pratique et la plus propre à éclairer certaines parties obscures de l'histoire. Sur ce dernier point l'espoir du lecteur sera quelque peu déçu, ici comme dans l'appendice. Qu'est devenu le projet d'un chapitre dont le titre avait paru fort original : « *De l'hystérie dans l'art ?* »

Dans la question difficile de la catalepsie, de la léthargie et du somnambulisme hystériques provoqués, rien n'a été négligé pour emporter la conviction du lecteur, pour le conduire sur un terrain solide. Les faits les plus simples, les plus grossiers, les signes dia-

gnostiques physiques, et facilement appréciables des divers états nerveux, ont été recherchées à la Salpêtrière. A l'appareil des magnétiseurs, on substitue la lumière Drummond, le bruit du gong, les vibrations du diapason, etc... L'hyperexcitabilité neuro-musculaire caractérise, sans fraude possible, la léthargie hystérique provoquée, la distingue de la catalepsie, du somnambulisme hystérique. Ce dernier est une léthargie dans laquelle fait défaut l'hyperexcitabilité. Ces deux états si divers, léthargie et catalepsie, peuvent d'ailleurs coexister chez le même sujet, comme l'a montré M. Descourtis le premier. Ce nom a été oublié par l'auteur si empressé à rendre à chacun justice.

La troisième partie a rapport à des faits trop souvent exposés et discutés en ces derniers temps pour y insister. Il s'agit de l'anesthésie hystérique et des agents æsthésiogènes, de la paralysie et de la contracture hystériques.

Le phénomène du transfert pour l'anesthésie, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, pour la catalepsie mettront le médecin à l'abri de la simulation. L'action d'arrêt de la compression de l'ovaire, des interversions électriques, de l'excitation des zones hystéro-épileptogènes, jointe aux signes déjà indiqués, distinguera l'hystéro-épilepsie de l'épilepsie. La quatrième et dernière partie se termine par un exposé des divers traitements proposés. L'internement loin du milieu habituel et l'hydrothérapie méthodique combinés, l'électricité statique sont les seuls dont l'expérience ait sanctionné la valeur. D. Bernard.

XIV. *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie;* par Georges Coulbault. Thèse de Paris, 1881.

Y a-t-il une relation de cause à effet entre les lésions de la corne d'Ammon et l'épilepsie? Tel est le problème que se proposait de résoudre l'auteur de ce travail, écrit sous l'inspiration éclairée de M. Bourneville. A notre sens, deux sortes de facteurs peuvent conduire à la solution d'une aussi importante question. En premier lieu, l'étude clinique des malades apporte par les constatations anatomo-pathologiques un ensemble de probabilités en faveur ou non d'une corrélation entre les phénomènes cliniques et les lésions. Il s'agissait, en second lieu, de dégager la notion de causalité qui comporte un triple examen, savoir : 1° l'altération a-t-elle précédé ou du moins accompagné l'explosion des manifestations convulsives? 2° par quel mécanisme doit-elle être considérée comme génératrice des phénomènes? 3° le même complexus symptomatique ou une fraction de celui-ci peut-il être produit par l'expérimentation?

Tel est d'ailleurs le plan suivi par M. Coulbault. Après avoir brièvement, mais d'une façon suffisante, résumé l'historique et l'état

de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie de la corne d'Ammon, il groupe par l'exposé concis de quatre-vingt-treize observations les matériaux pathologiques. Nous y comptons quatre-vingt-sept faits tirés des auteurs et six appartenant à M. Bourneville. Un semblable nombre, évidemment faible, si on le compare à l'immense quantité des épileptiques quelconques, suffit déjà à affirmer qu'il ne s'agit point là d'une coïncidence fortuite; d'autant, comme le fait remarquer l'auteur, que tous les épileptiques autopsiés en dehors de ceux-ci n'ont pas été examinés à ce point de vue, et que beaucoup d'entre ceux qui ont été considérés comme ayant leurs cornes d'Ammon saines en eussent peut-être présenté des dégénérescences si l'examen microscopique avait été pratiqué. En réalité, les recherches dirigées sur l'organe qui nous occupe ont déjà fourni quatre-vingt-treize résultats consistant, le plus habituellement, en l'induration scléreuse du tissu. On n'en possède actuellement que trois analyses histologiques qui semblent établir que le processus dans son intimité doit être considéré comme une hyperplasie conjonctive aboutissant à la destruction granulo-graisseuse des vaisseaux et des cellules pyramidales. (MM. Bouchard et Sommer.)

La corrélation clinique avec localisation spéciale une fois établie, l'auteur se demande si l'épilepsie a été dans l'espèce la conséquence de la maladie de l'hippocampe. La multiplicité des cas collationnés, le fait qu'on avait généralement affaire à de l'épilepsie acquise, l'intensité et l'âge des lésions rapprochés de l'époque du début des symptômes, la haute valeur de l'opinion de M. Charcot en pareille matière, tranchent pour lui en faveur de cet avis. Quant au mécanisme, bien que chez ces malades on ait noté des troubles de la sensibilité générale confirmant les résultats expérimentaux de Ferrier, quoique Sommer, en Allemagne, admette un rayonnement de l'excitation de la corne sur le centre épileptogène vaso-moteur, M. Coulbault incline à penser que toute décision concernant la pathogénie doit être réservée.

En somme, c'est là un mémoire consciencieux qui délimite par la condensation de tous les éléments d'une question, l'aire du terrain gagné sans négliger de mettre en évidence les points obscurs que les cliniciens de l'avenir auront à cœur d'éclaircir. P. K.

XV. *Des hallucinations et des terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents*; par F. Debacker. Thèse de Paris, 1881.

L'auteur divise les hallucinations et les terreurs nocturnes en deux groupes distincts : les unes sont d'origine cérébrale, les autres ont leur source ailleurs. Ces dernières sont le plus souvent produites par des indigestions gastro-intestinales, déterminées par une dentition difficile et laborieuse, des vers intestinaux, la constipa-

tion, la diarrhée, etc. Les autres dépendent quelquefois des maladies guéries qui ont laissé dans les fonctions cérébrales un trouble plus ou moins durable ; on les rencontre dans la convalescence de la fièvre typhoïde, de la pneumonie ; on peut les rencontrer encore chez les individus surmenés, où elles constituent une sorte de délire d'inanition. D'autres fois, elles sont les symptômes de maladies cérébrales actuelles, comme dans l'idiotie, etc.; elles sont alors permanentes. D'autres fois, enfin, elles sont les prodromes d'affections cérébrales à venir ; c'est alors qu'on doit tenir compte de l'hérédité : elles peuvent précéder la méningite tuberculeuse, l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie. Plus rarement elles ont pour cause des intoxications (belladone, opium, sulfate de quinine). Ch. F.

XVI. *De la pseudo-paralysie générale alcoolique*; par A. Lacaille. Thèse de Paris, 1881.

Contrairement à ce qu'on a cru, l'auteur pense que l'alcoolisme, non seulement n'est pas la cause la plus fréquente de la paralysie générale, mais même qu'il paraît incapable de l'engendrer de toutes pièces. L'erreur des anciens auteurs tient à quatre causes : 1° beaucoup de paralytiques généraux étaient considérés comme alcooliques alors qu'ils ne l'étaient pas en réalité; 2° d'autres, considérés comme paralytiques par alcoolisme, n'avaient commis d'excès que depuis le début de la maladie, qui était en somme la cause de l'alcoolisme; 3° certains cas d'alcoolisme chronique, ressemblant plus ou moins à la paralysie générale ont été confondus avec cette maladie, jusqu'à Magnus Huss, Lasègue, J. Falret; 4° enfin certains cas, considérés aujourd'hui comme constituant la véritable paralysie générale alcoolique, ne sont pas à proprement parler de véritables cas de paralysie générale, et ils diffèrent des autres cas par leur mode de début, leur symptomatologie, leur marche et leur pronostic. Dans la pseudo-paralysie des alcooliques, il n'est pas rare de voir les symptômes propres à l'affection paralytique succéder à des attaques épileptiformes répétées, ou encore à un accès d'alcoolisme subaigu. Cette pseudo-paralysie se caractérise en outre : 1° par des symptômes qui lui sont propres, (embonpoint, coloration rouge de la face, troubles gastriques divers, troubles visuels, attaques épileptiformes ou apoplectiformes, troubles intellectuels particuliers); 2° par des particularités, des symptômes qui lui sont communs avec la paralysie générale. L'inégalité pupillaire, qui manque une fois sur trois dans la paralysie générale, est la règle dans la pseudo-paralysie alcoolique, et en outre, dans cette dernière affection, la pupille est presque toujours immobile et plus ou moins déformée. Les troubles de la sensibilité sont la règle dans la pseudo-paralysie, qui se distingue encore en ce que la paralysie y commence toujours par les extré-

mités, qui sont plutôt engourdies, inhabiles, qu'affaiblies, tandis que dans la paralysie générale, la paralysie est plus étendue d'emblée, et en outre est progresssive. Dans la paralysie alcoolique, le tremblement est général, il est limité dans la paralysie générale et il est fibrillaire. L'embarras de la parole est le plus souvent très marqué dès le début de la pseudo-paralysie, etc. Au lieu d'être progressive, la pseudo-paralysie arrive brusquement à son apogée, elle présente en outre des rémissions tant dans son ensemble que pour plusieurs de ses symptômes en particulier; ces rémissions sont quelquefois assez longues, et assez complètes pour faire croire à une guérison. En somme, la pseudo-paralysie des alcooliques se distingue autant par sa marche que par ses symptômes; elle paraît aussi distincte, autant qu'on peut en juger, par son anatomie pathologique. CH. F.

XVII. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie*; par Martial HUBLÉ. Thèse de Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*. 1881.

S'il est dans les sciences un terrain dont le défrichement exige une observation et une expérimentation opiniâtres autant que judicieuses, c'est à coup sûr celui de la thérapeutique. On n'en saurait aborder les problèmes si délicats sans compter sur un guide et une méthode éprouvés, surtout lorsqu'il s'agit de maladies du système nerveux. Ces conditions, M. Hublé les a réalisées grâce à l'impulsion savante de M Bourneville. Il a eu soin d'ailleurs, limitant son champ d'inquisition, de s'adresser à quatre médicaments d'une importance capitale dans le traitement de la névrose, et l'on peut se convaincre par la lecture des nombreuses observations du mémoire que, malgré l'ancienneté de la maladie, en dépit de l'influence épileptogène du milieu, selon l'expression de M. Bourneville, les succès ont répondu à la persévérance du chercheur.

La scrutation des quarante-six faits, exposés en détail, peut seule renseigner sur la mesure et l'individualité des résultats, les conditions dans lesquelles a lieu l'intervention devant, à notre sens, toujours guider le thérapeute. Nous nous proposons donc simplement de retracer les grandes lignes de ce travail.

L'auteur le divise en quatre chapitres correspondant tout naturellement aux quatre agents considérés : bromure de camphre, de zinc, d'arsenic, de sodium. Chacun d'eux débute par l'histoire naturelle, chimique et médicale du médicament. En effet, a propos du bromure de camphre notamment, la question de légitimité de l'entité chimique se pose d'emblée. M. Hublé la tranche dans l'espèce en rappelant les travaux de Swartz de Gand, de Ed. Dubois (1874) et Clin (1875) qui ont obtenu des cristaux clinorhombiques (professeur Friedel, de l'École des mines) de la substance. La bibliographie des premières recherches instituées avec elle se résume dans les publications de M. Bourneville bientôt confirmées par Lawson.

La thèse de M. Hublé apporte neuf cas nouveaux venant en majorité à l'appui de l'action curative du camphre monobromé. L'ingestion de doses croissantes (de 0,10 à 6 grammes) et longtemps continuées fait d'abord diminuer puis disparaître les accès et vertiges; 2 grammes administrés en lavement (Observation XX), à plusieurs reprises (on a dû donner simultanément par les voies buccale et rectale, 6 grammes), guérissent l'état de mal ou les accès graves en ramenant la température de 42 à 40 puis de 40 à 38 en faisant disparaître le coma. Plusieurs exemples de guérison maintenue après cessation de l'ingestion médicamenteuse.

Le bromure de zinc, préconisé par M. Hammond, de Philadelphie, aurait l'avantage d'éviter, même employé à hautes doses, l'intoxication bromique et les éruptions cutanées. Sur les neuf observations présentées par M. Hublé concernant des quantités graduellement ascendantes de 0,20 à 4 gr. 50 par jour, nous notons quatre exemples topiques d'amélioration considérable tant pour les accès que pour les vertiges. Telle l'Observation XXIX, caractérisée par l'aggravation constante de l'épilepsie au moment où l'on commence à administrer le bromure de zinc; au bout d'une année de traitement, on note au lieu de trois cent quatre-vingt-six, cent soixante-quatre accès. — De l'influence heureuse du bromure d'arsenic, M. Hublé ne nous relate qu'un cas concluant dans lequel un double essai aux doses progressives de 0,001 à 0,01, puis de 0,002 à 0,03. déterminait chaque fois une amélioration aboutissant en dernier ressort à la disparition des accès et vertiges pendant trois mois. Le médicament semblerait convenir de préférence aux épileptiques atteints de dermatoses.

Avec le bromure de sodium, nous abordons la grave question de la sélection des agents chimiques basée sur le plus ou moins de rapports physiologiques que possède le métal avec les humeurs de l'économie, l'alcalinité du sang, par exemple, dérivant de la soude. Est-il plus actif et cependant moins dangereux que le bromure de potassium? Les indications bibliographiques émanées d'autorités telles que Rosenthal, Martin-Damourette et Pelvet, Trousseau et Pidoux, Gubler, Dumont, Huette, Bennett d'Edimbourg, W. Hammond, paraissent affirmatives. Ainsi en est-il de la pratique de M. Hublé, qui prescrit des doses croissantes (1 gr. à 10 gr.) et se garde bien, l'effet thérapeutique obtenu, de diminuer graduellement les quotités; attendant, à l'exemple de M. Legrand du Saulle, que le bien-être persiste quelques mois, il ne diminue pas la quantité mais l'administre tous les deux jours la première quinzaine et tous les jours pendant la seconde. Dès que l'épilepsie a disparu pendant dix-huit mois, le bromure de sodium est donné tous les trois jours pendant la première quinzaine, tous les jours durant la seconde, ceci pendant deux ou trois ans encore après la rétrocession totale des accès et vertiges. Suivent quinze observations dont la première

(Observation XXXII) équivaut à une guérison complète au moins pendant huit mois chez une petite enfant de trois ans, les autres témoignant, à l'exception des trois dernières, d'un effet très puissant de la médication.

En somme, sans vouloir s'engager dans des considérations de thérapeutique comparée au moins prématurées, l'auteur, tout en maintenant au bromure de potassium sa suprématie, lui reproche son inertie en certains cas, son action toxique à hautes doses. Il n'en serait pas de même pour les trois autres bromures. Le monobromure de camphre mériterait d'être choisi dans l'épilepsie vertigineuse, le délire postépileptique, et l'état de mal. Au bromure de zinc, il faudrait réserver les accidents convulsifs survivant à l'administration des bromures alcalins. Egalement inoffensif et bien toléré, le bromure d'arsenic conviendrait chez les épileptiques affectés concurremment de dermopathies. Enfin c'est le bromure de sodium qui, se rapprochant le plus dans sa base de la constitution chimique des éléments séreux de l'organisme, semblerait devoir mériter la préférence. Et de fait, les arguments présentés nous paraissent rationnels. P. K.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Enseignement des sourds-muets par la parole; par L. GUYOT; thèse de Paris, 1881.

De l'emploi de la Fève de Calabar dans le traitement du tétanos; par G. E. CHARIER; thèse de Paris, 1881.

De la coexistence de la méningite suppurée et de la pneumonie au troisième degré; par B. SALVY; thèse de Paris, 1881.

Essai sur l'amnésie traumatique isolée; par H. FERRÉ; thèse de Paris, 1881.

De la révulsion à la nuque dans les affections chroniques du cerveau et de ses enveloppes; par Emm. BLÉ; thèse de Paris, 1881.

Considérations cliniques sur la folie épileptique et particulièrement sur l'aura; par P. ARIS; thèse de Paris 1881.

Contribution à l'étude des modifications de la sensibilité du membre supérieur consécutives aux lésions nerveuses; par G. MIALARET; thèse de Paris, 1881.

Des lésions syphilitiques du rachis; par L. LEVOT; thèse de Paris, 1881.

Contribution à l'étude de la névrite traumatique; par J. REY-BARREAU; thèse de Paris, 1881.

Description d'un nouvel excitateur électrique; par TURCHINI (avec une planche), (in *Lo Sperimentale*, 1881, fasc. 9.)

Contribution au traitement de la gastralgie (nerveuse) par les courants constants; par Raffaele VIZIOLI, in *Il Morgagni*, 1881, fasc. 6.

De l'aphasie par P. A. COLOMBE; thèse, 1882.

Etude sur le traitement des fractures indirectes récentes du rachis; par S.-M. CARAFI, thèse, 1881.

Les Eaux de Lamalou et l'ataxie locomotrice; par A. COT.; thèse, 1882.

Etude sur les tumeurs malignes des os du crâne; par MERCIER-VALENTON; thèse, 1881.

Quelques observations de rhumatisme cérébral; par M. DEBRICON; thèse 1881.

Essai sur la diminution de l'urée dans l'atrophie musculaire progressive; conséquences qu'on peut en déduire au point de vue du siège de la formation de l'urée dans l'organisme; par H. PELLEGRIN; thèse, 1881.

FAITS DIVERS

Académie royale de médecine de Belgique. Prix. *Extrait du programme des concours. — Prix fondé par un anonyme.* Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. Prix : 8.000 francs. Clôture du concours : 31 décembre 1883. — Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Conditions des concours. Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Seront exclus du concours : 1° les mémoires qui ne rempliront pas les conditions précitées; 2° ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement; 3° ceux qui auront été publiés, en tout ou en partie, ou présentés à un autre corps savant; 4° ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée. L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations, les concurrents sont tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront. Les mémoires doivent être revêtus d'une épigraphe, répétée sur un pli cacheté, renfermant le nom et l'adresse des auteurs. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert en séance publique par le président, qui proclame immédiatement le lauréat. Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur, faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce delai, la récompense ne sera plus accordée. — Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé ; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois, l'auteur pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, en faire prendre copie à ses frais, en fournissant au secrétaire de la Compagnie la preuve que ce mémoire est son œuvre. L'Académie accorde gratuitement, aux auteurs des mémoires dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires de ces travaux tirés à part et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais. —

N[illegible] les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent prendre part au concours.

Asile de B[illegible]. — Concours pour l'internat. A la suite de ce concours, ont été nommés internes titulaires : MM. Foucherand, Tati, R[illegible] ; — internes suppléants : MM. Domeek et Laurent.

Prix Hammond. — Sous le titre de *Prix Hammond*, l'Association neurologique de New-York propose un prix de 2,500 fr. à décerner, au mois de juin 1882, à l'auteur du meilleur mémoire relatif aux fonctions de la couche optique chez l'homme.

Les conditions du concours sont les suivantes : 1° le concours est ouvert à toutes les nations ; 2° les mémoires doivent s'appuyer sur les observations et des expériences originales recueillies sur l'homme et sur des animaux inférieurs ; 3° les mémoires doivent être écrits en anglais, en français ou en allemand (dans ce dernier cas ils doivent être en caractère italien) ; 4° les mémoires doivent être adressés, affranchis, avant le 1er février 1882, au Dr E.-C. S[illegible], 41, West, rue n° 20, cité de New-York ; chaque mémoire portera une devise, qui devra être répétée dans une enveloppe cachetée contenant la carte de visite de l'auteur ; 5° le mémoire couronné sera la propriété de l'Association, qui se chargera de le publier.

Nominations. — M. F[illegible], directeur-médecin de l'asile de Rodez, est nommé directeur-médecin de l'asile de Limoges, en remplacement de M. B[illegible], admis dans le cadre de disponibilité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A[illegible] J. — *T[illegible] phtisie pulmonaire par [illegible]*. B[illegible] pages. Paris, librairie A. Delahaye et E. L[illegible]. P[illegible].

B[illegible] G.-M. — *[illegible] study*. Brochure [illegible] pages. New-York. [illegible] *and mental de[illegible]*, 1882.

— *I[illegible]*. B[illegible] in-8° cart. de 40 pages et [illegible] texte.

C[illegible] T.-D. — *T[illegible] medico-legal relations*. B[illegible] de 3[illegible] pages. H[illegible]. The case Lockwoodet-Brainerd [illegible].

Durand M. — *De l'[illegible]*. Étude sur l'écriture de la main [illegible]. Brochure in-8° de 25 pages. Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier. Prix : 1 fr.

Féré Ch. — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la [illegible] par lésions cérébrales* (Amblyopie croisée et hémianopsie). Un volume in-8° de 240 pages avec 15 figures dans le texte. — Aux bureaux des *Archives de Neurologie*. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, prix : 2 fr. 50.

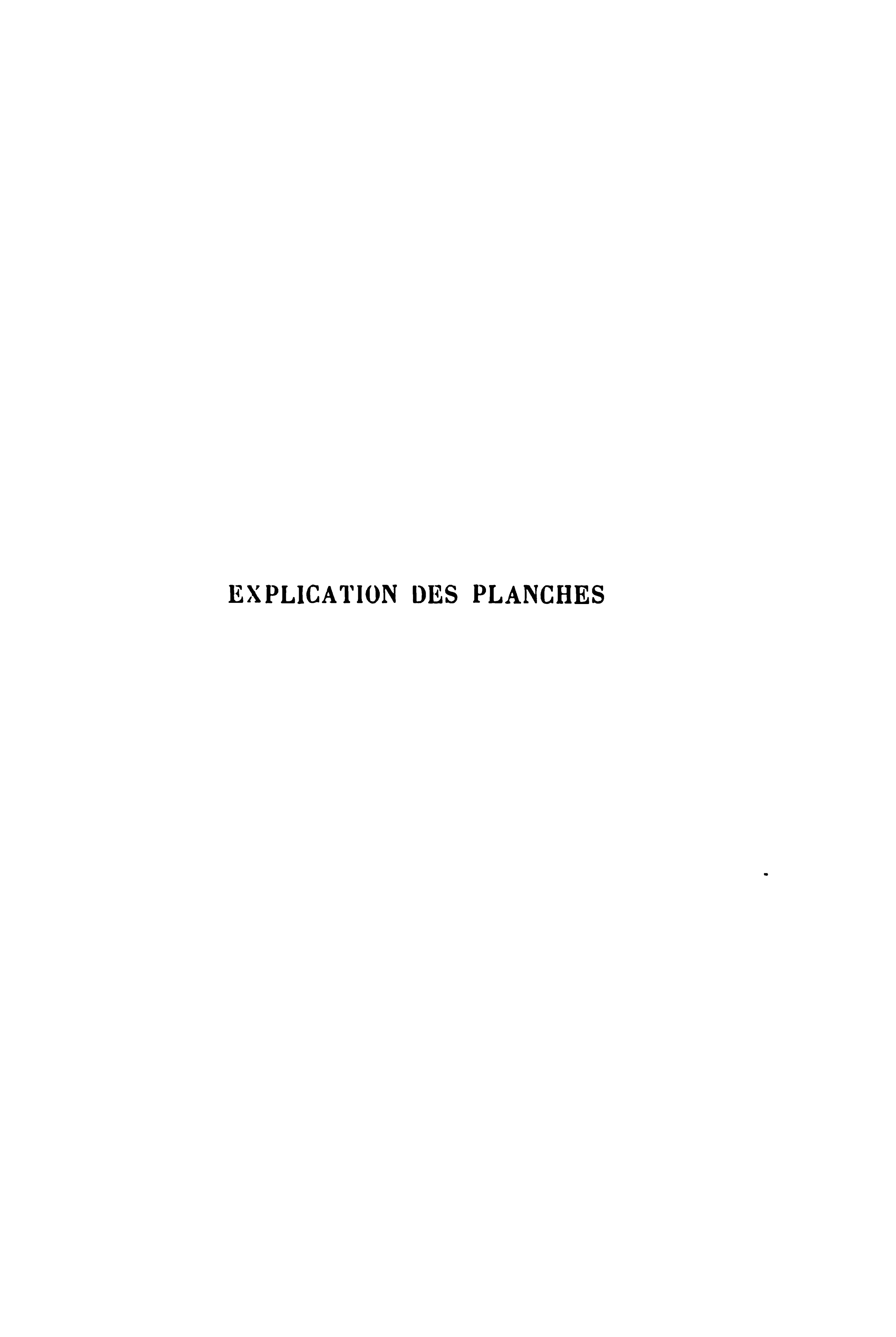
TABLE DES MATIÈRES

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS



EXPLICATION DES PLANCHES

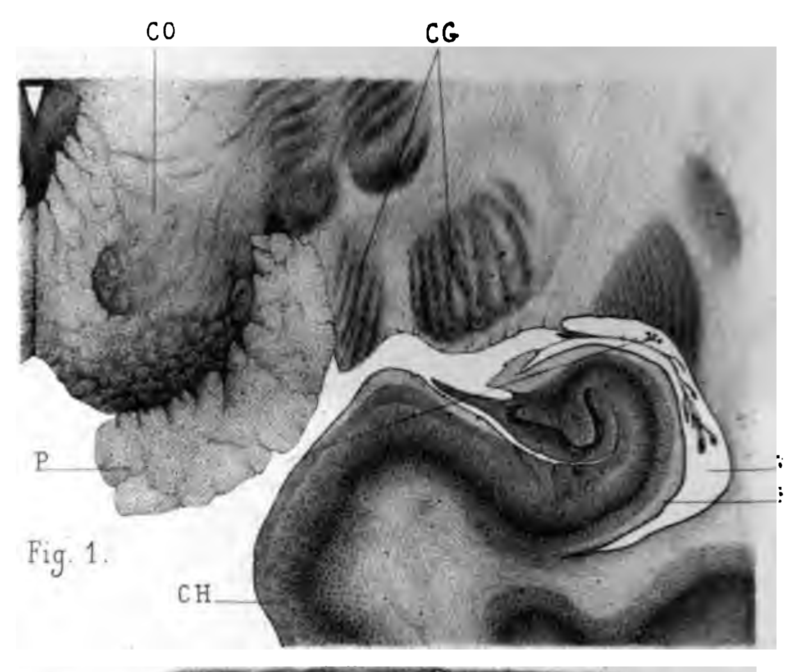


Fig. 1.



Fig. 2.

M. Duval del. Imp. Becquet Leuba lith.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

Fig. 1. — Coupe transversale de l'encéphale de l'homme au niveau des corps genouillés; — *CO*, couche optique; *CC*, corps genouillés; — *V*, cavité du diverticule sphénoïdal du ventricule latéral; — H, saillie blanche intra-ventriculaire de la corne d'Ammon; — CH, circonvolution de l'hippocampe (2e circonvolution temporo-occipitale). Grossiss. 3 fois.

Fig. 2. — La corne d'Ammon de la figure précédente grossie 10 fois. — H, saillie intra-ventriculaire de la corne; — *CB*, corps bordant; — *PC*, plexus choroïdes; — *X*, entrée de la pie mère dans le repli mésentériforme; — O, subiculum; — *e*, entrée du sillon qui sépare la circonvolution de l'hippocampe de la circonvolution godronnée; — *a*, couche de substance amorphe; — *b*, stratum granulosum; — *c*, stratum radiatum; — *d*, couches des cellules nerveuses étoilées; — *f*, couche de substance blanche médullaire.

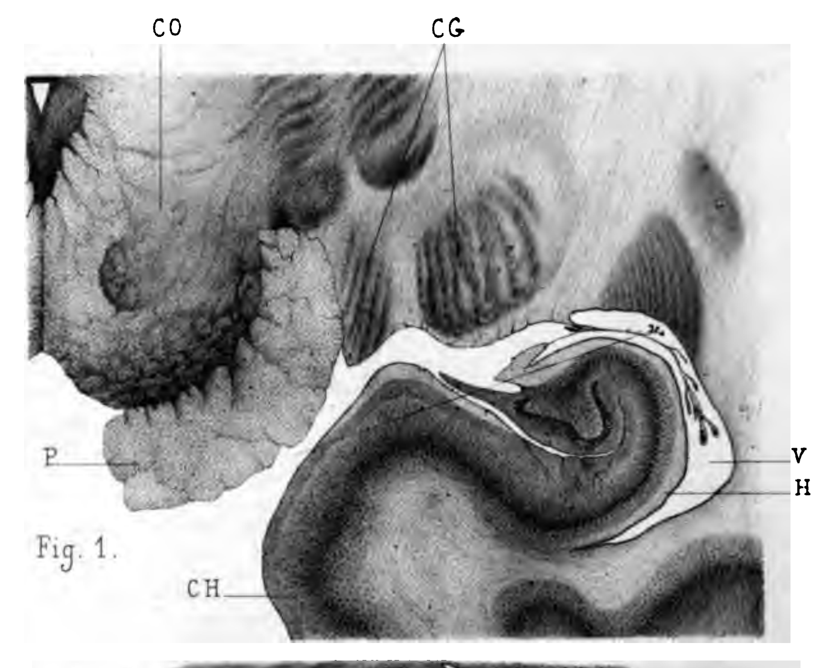


Fig. 1.

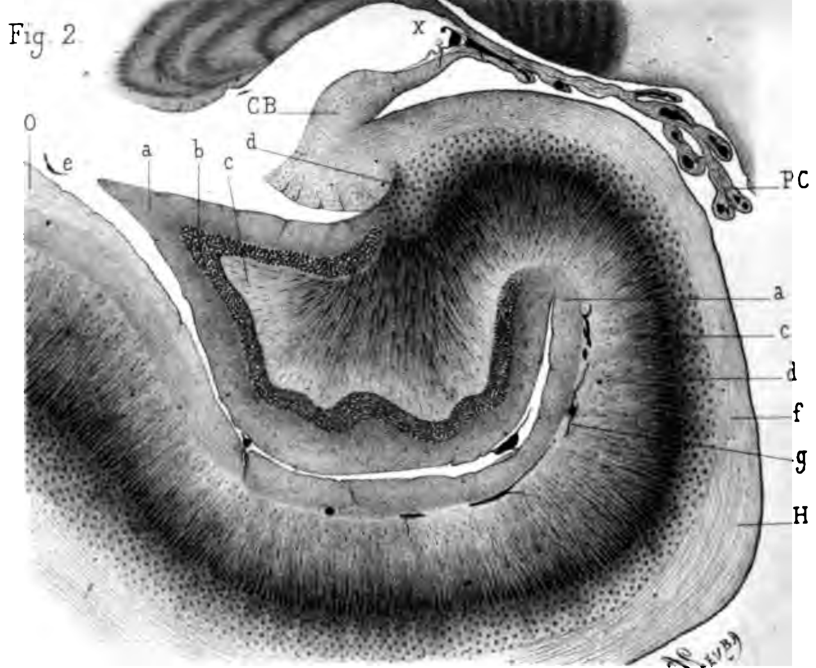


Fig. 2.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

Fig. 1. — Coupe transversale de l'encéphale de l'homme au niveau des corps genouillés; — *CO*, couche optique; *CC*, corps genouillés; — *V*, cavité du diverticule sphénoïdal du ventricule latéral; — H, saillie blanche intra-ventriculaire de la corne d'Ammon; — CH, circonvolution de l'hippocampe (2[e] circonvolution temporo-occipitale). Grossiss. 3 fois.

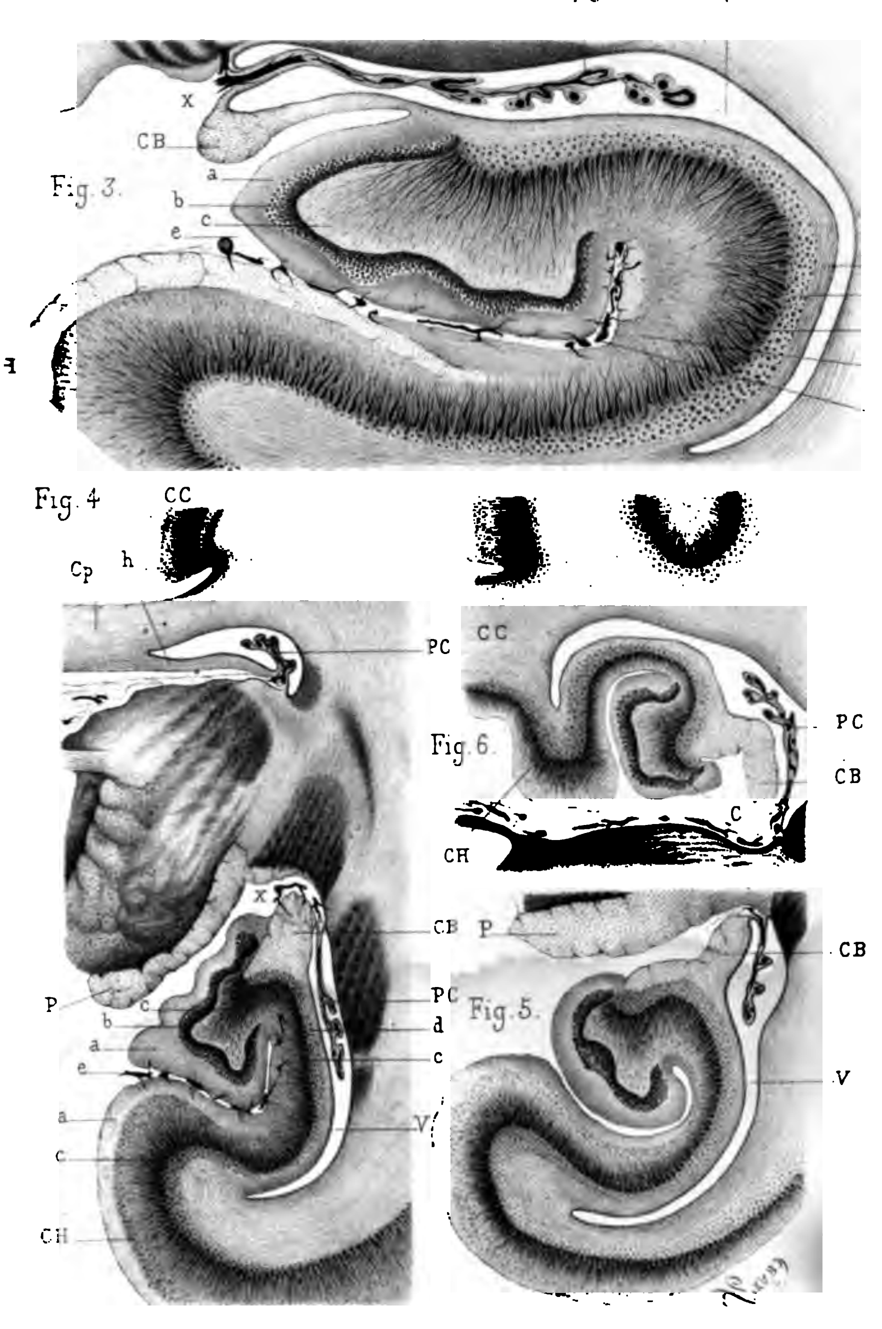
Fig. 2. — La corne d'Ammon de la figure précédente grossie 10 fois. — H, saillie intra-ventriculaire de la corne; — *CB*, corps bordant; — *PC*, plexus choroïdes; — X, entrée de la pie mère dans le repli mésentériforme; — O, subiculum; — *e*, entrée du sillon qui sépare la circonvolution de l'hippocampe de la circonvolution godronnée; — *a*, couche de substance amorphe; — *b*, stratum granulosum; — *c*, stratum radiatum; — *d*, couches des cellules nerveuses étoilées; — *f*, couche de substance blanche médullaire.

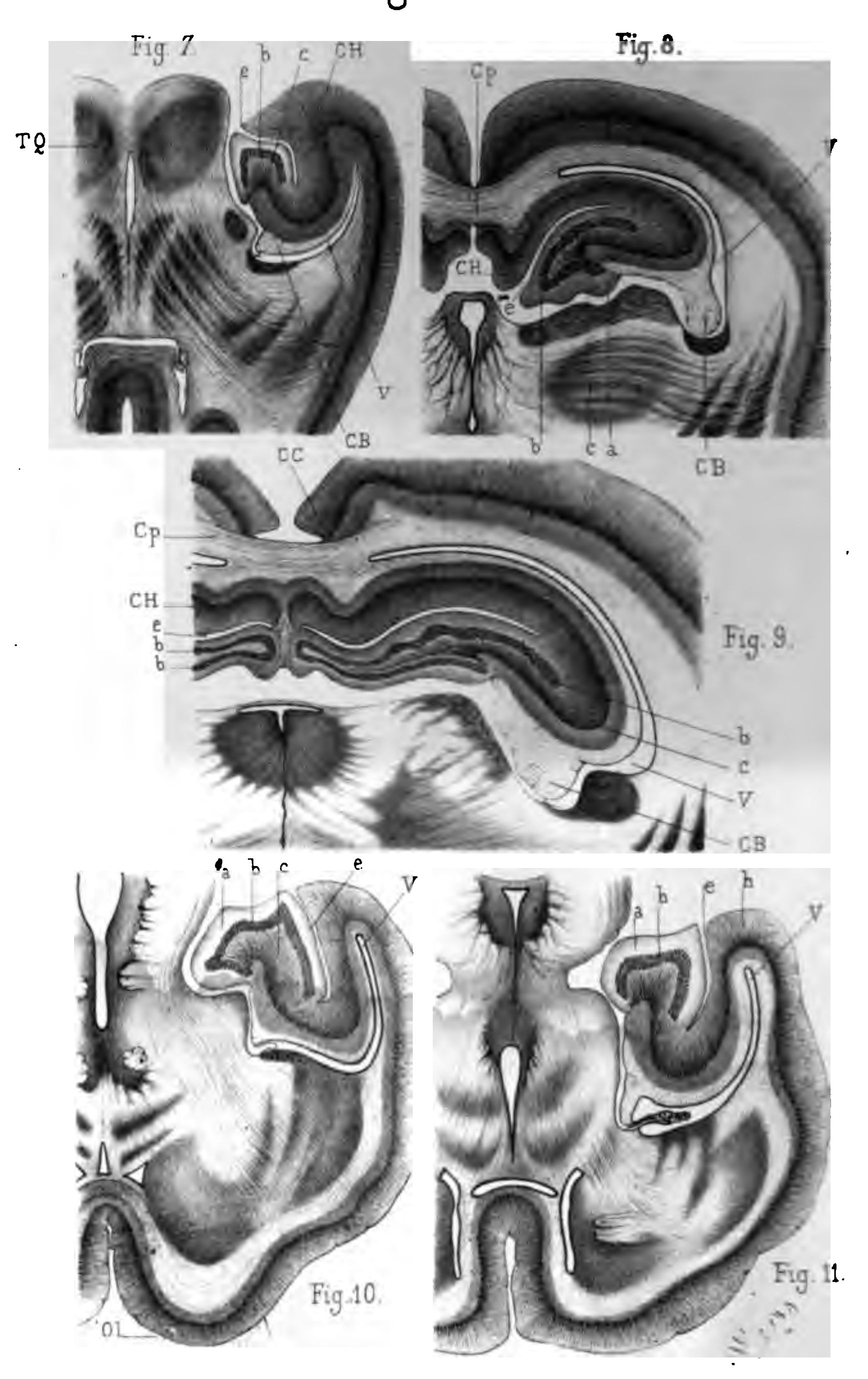
PLANCHE II

Fig. 3. — Coupe transversale de la corne d'Ammon d'un singe cynocéphale (Grossiss. 12 fois). — Lettres comme pour la figure 2.

Fig. 4. — Idem chez un singe cébien (Grossiss. 6 fois). — Lettres comme précédemment; de plus : — *Cp*, corps calleux; — *CC*, circonvolution du corps calleux ou *gyrus fornicatus*; — *h*, bandelette du trigone.

Fig. 5. — Coupe de la moitié inférieure, et *figure* 6 coupe de la moitié supérieure (sous-calleuse) de la corne d'Ammon du mouton. — Lettres comme ci-dessus.


PC
V
X
CB
Fig. 3.
a
b
c
e
e
Fig. 4
CC
h
Cp
PC
X
CB
PC
P
c
b
a
e
d
c
a
c
V
CH
CC
Fig. 6.
PC
CB
C
CH
P
CB
Fig. 5.
V



Math Duval del. Imp. Becquet Leuba lith.

PLANCHE III

Fig. 7. — Rat; coupe horizontale; grossiss. 8 fois; lettres comme ci-dessus.

Fig. 8. — Rat; coupe verticale; idem.

Fig. 9. — Lapin; coupe transversale. Grossiss. 5 fois et demi. Les portions sous-calleuses des deux cornes d'Ammon sont soudées sur la ligne médiane; *V*, cavité de l'hémisphère; — *CC*, partie corticale homologue du gyrus fornicatus; — *Cp*, corps calleux; — *CH*, circonvolution de l'hippocampe; *b*, *b*, stratum granulosum de la circonvolution godronnée; — *e*, sillon qui sépare la circonvolution godronnée d'avec la circonvolution de l'hippocampe; *CB*, corps bordant.

Fig. 10. — Taupe; coupe horizontale, grossiss. 7 fois. Lettres comme ci-dessus.

Fig. 11. — Chauve-souris; coupe horizontale. Grossiss., 16 fois. Lettres comme ci-dessus.

PLANCHE IV

Développement de la corne d'Ammon et des plexus choroïdes.

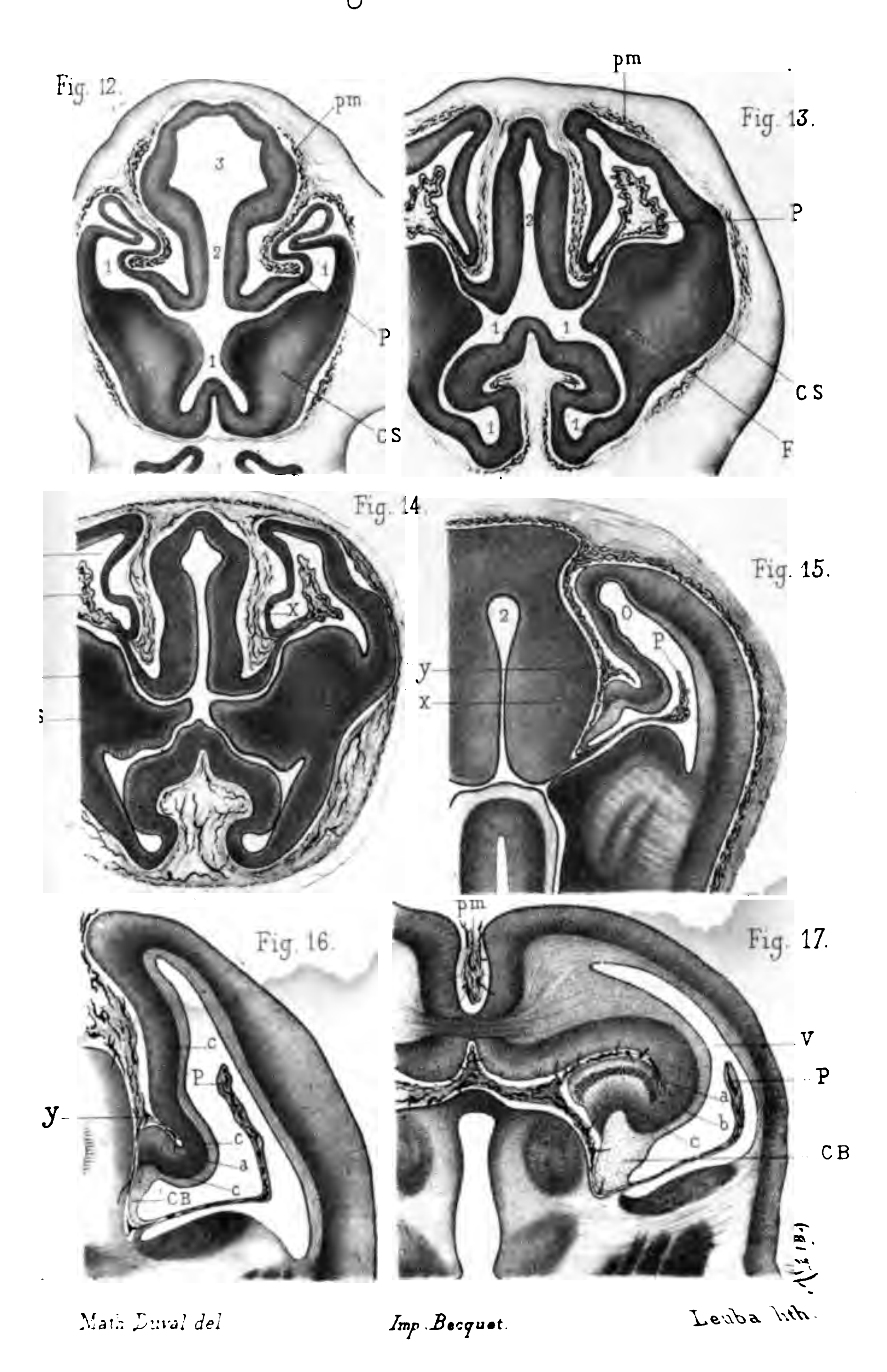
Fig. 12. — Coupe horizontale de l'encéphale d'un embryon de mouton long de 16 millimètres. — 1, cavité des hémisphères (ventricules latéraux); — 2, cavité de la couche optique (3e ventricule); 3, cavité des tubercules quadrijumeaux; — *CS*, corps strié; — *pm*, pie-mère en voie de formation; — *P*, plexus choroïdes.

Fig. 13. — Même coupe, mouton long de 21 millimètres. Lettres comme ci-dessus, de plus *F*, fente de Monro.

Fig. 14. — Coupe horizontale de l'encéphale d'un embryon de lapin, long de 17 millimètres; lettres comme ci-dessus; — *X*, lieu de la formation de la corne d'Ammon.

Fig. 15. — Embryon de lapin, long de 36 millimètres; — *y*, vaisseaux placés dans le sillon qui sépare deux plis, lesquels vont former les deux circonvolutions de la corne d'Ammon.

Fig. 16. — Lapin presque à terme, et *figure* 17, lapin à terme. Lettres comme dans les figures de la PLANCHE III. (Comparez notamment avec la *figure* 8.)



Math. Duval del. Imp. Becquet. Leuba lith.

PLANCHE VI

L, *I*, foyer ancien ayant détruit le lobule de l'insula.

F^3, partie atrophiée de la troisième circonvolution frontale.

F a, circonvolution frontale ascendante dont la partie inférieure est atrophiée.

P a, circonvolution pariétale ascendante dont l'extrémité inférieure est atrophiée.

T^1, lésion de la première circonvolution temporo-sphénoïdale.

T^2, deuxième circonvolution temporale dont l'extrémité postérieure est lésée.

P^2, lobule du pli courbe.

L. O, lobe orbitaire (face inférieure du lobe frontal).

M, membrane résultant : 1° des replis de la pie-mère qui enveloppaient entre autres la première circonvolution temporale et le lobule pariétal inférieur; — 2° des débris de ces mêmes circonvolutions.



PLANCHE VI

L, I, foyer ancien ayant détruit le lobule de l'insula.

F[3], partie atrophiée de la troisième circonvolution frontale.

F a, circonvolution frontale ascendante dont la partie inférieure est atrophiée.

P a, circonvolution pariétale ascendante dont l'extrémité inférieure est atrophiée.

T[1], lésion de la première circonvolution temporo-sphénoïdale.

T[2], deuxième circonvolution temporale dont l'extrémité postérieure est lésée.

P[2], lobule du pli courbe.

L. O, lobe orbitaire (face inférieure du lobe frontal).

M, membrane résultant : 1° des replis de la pie-mère qui enveloppaient entre autres la première circonvolution temporale et le lobule pariétal inférieur; — 2° des débris de ces mêmes circonvolutions.



A. Lemba lith. Imp. Becquet à Paris



th. Imp. Becquet. Paris

PLANCHE VII

Méningo-encéphalite chronique généralisée.

Séparation de la substance grise de la substance blanche sur toute la face convexe de l'hémisphère droit, excepté sur le lobe temporo-sphénoïdal, au niveau duquel il n'existait que des adhérences partielles.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 583

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

EVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. ADAMKIEWICZ, AMIDON, BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLAISE, BLANCHARD, BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CHARPENTIER, COTARD, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DREYFOUS, DURET, DUVAL (MATHIAS), ERLITZKY, FÉRÉ (CH.), FERRIER, GELLÉ, GOMBAULT, GRASSET, HERVÉ (G.), HUCHARD, JOFFROY (A.), KÉRAVAL (P.), LANDOUZY, MAGNAN, MARIE, MAYGRIER, MAYOR, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NEUMANN, PIERRET, PIGNOL, PITRES, RAYMOND, REGNARD (P.), RICHER (P.), SEGUIN (E.-C.), STRAUS (L.), TALAMON, TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.), WUILLAMIER

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRÉ**

Dessinateur : **LEUBA.**

Tome IV. — 1882

Avec 5 planches noires ou en couleur et 20 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

6, *rue des Écoles.*

1882

Vol. IV. Juillet 1882. N° 10.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE MENTALE

CLASSIFICATION DES FOLIES. — DISCUSSION A PROPOS D'UNE PRÉTENDUE MONOMANIE RELIGIEUSE[1];

Par M. DELASIAUVE, médecin honoraire des hôpitaux.

Nous avons établi, en aliénation mentale, une nomenclature qui a suscité beaucoup de défiance. Mais elle a été plutôt condamnée que réfutée. On ne s'est point donné la peine de la soumettre à une analyse comparative. Chacun a préféré instituer la sienne; ceux-ci, comme Morel, en la basant sur les causes; ceux-là, comme M. Baillarger, la déduisant d'un double phénomène pathologique, *excitation*, *dépression*; d'autres, s'en tenant à la division, plus ou moins modifiée, d'Esquirol; tel Renaudin, notamment, qui, qualifiant d'imprudentes les critiques dont cette division avait été l'objet de notre part, trouvait qu'elle avait puisé, dans ces attaques mêmes, un nouveau caractère de certitude.

[1] Lu à l'Académie de médecine en 1875, ce mémoire, destiné à une autre publication, est resté inédit par des circonstances toutes particulières, indépendantes de la volonté de l'auteur. D.

Cependant les années s'écoulent. L'occasion s'est offerte à nous bien des fois de vérifier et notre classification et la théorie sur laquelle elle repose. Or, nous osons le déclarer, les faits et la controverse, loin de les infirmer, ont, de plus en plus, manifesté à nos yeux l'évidence de l'une et de l'autre. En ce moment, pour un travail, délaissé depuis trente ans, et que nous nous nous proposons de reprendre, nous sommes en quête de documents bibliographiques. Dans ce parcours, le hasard nous a permis de relire une observation des plus curieuses, et qui, dans ses détails, implique la justification la plus complète de nos distinctions.

Peut-être nous saura-t-on gré de la produire et de l'apprécier. Quelques mots, préalablement, en vue de faciliter cette tâche. Pinel, on le sait, admettait quatre genres principaux : manie ou délire général, mélancolie ou délire partiel, démence ou dégradation des facultés, idiotisme congénial ou acquis, ce dernier répondant soit à la stupidité de Georget, de Ferrus et d'Etoc Demazy, soit à l'imbécillité et à l'idiotie proprement dite. Il a mentionné, en outre, une folie raisonnante et une manie sans délire, dont la délimitation est restée indécise.

Au fond, la classification d'Esquirol diffère peu de celle de Pinel, si ce n'est qu'il forme deux catégories du délire partiel, la monomanie et la lypémanie. L'idiotisme acquis devient pour lui la démence aiguë, à laquelle il n'a consacré que deux pages seulement. Non sans hésitation, il groupe, sous le nom très inapproprié de *monomanie raisonnante*, les exemples disparates que son prédécesseur comprenait parmi les manies sans délire, et Prichard, parmi ses folies morales.

Il étudie séparément, il est vrai, les illusions et les hallucinations, l'hypochondrie, le délire épileptique, la démonomanie, etc.; mais, ce que nous allons faire ressortir, ces manifestations, d'origine et de physionomie variables, n'intéressent que secondairement le classement psychologique.

M. Baillarger a débuté par transformer la stupidité en *mélancolie avec stupeur*, sous ce prétexte contestable que l'activité oppressive de l'imagination y jouait le rôle prédominant. Plus tard, il a décrit une *folie à double forme*, étudiée déjà et dénommée par Falret père *folie circulaire*. Alternant dans des phases successives, cette affection, typique en effet, semble avoir suggéré à notre éminent collègue l'idée de ranger toutes les vésanies en un double cadre, selon qu'elles relèveraient de l'*excitation* ou de la *dépression*, lesquelles dominent, tour à tour, dans la folie à double forme.

Morel a cédé à une illusion sensible dans l'établissement de sa classification étiologique. Il s'en réfère à l'hérédité, au délire épileptique, hystérique, ébrieux, saturnin, etc. Mais ces causes sont connues; chacun en tient compte. En revanche, combien d'aliénations, pures névroses, n'offrent d'accessible à l'analyse que l'ensemble et la marche des manifestations phénoménales? Dans les dernières années, notre regretté collègue de Saint-Yon, sous le nom de *délire émotif*, qui n'en indique exactement ni la source ni la nature constantes, a cru révéler une vérité nouvelle. Elle figure, dès 1859, dans notre mémoire sur la pseudomonomanie et, si nous ne nous trompons, le sous-titre scientifique de *délire partiel diffus* qui l'exprime, lui serait beaucoup mieux approprié.

Quant à Renaudin, tout en approuvant fort la dichotomie de M. Baillarger, qu'il utilise en ce qui concerne le jeu de la pensée, des idées et des sentiments, il adhère presque exclusivement à la division d'Esquirol, pour lui irréprochable.

Pour peu que la méditation s'attache aux aspects que reflète l'aperçu qui précède, on est frappé de l'absence d'une loi qui en précise le cachet, les rapports et la subordination. On a vu des types, on les a peints, sans rechercher mentalement la raison de leurs similitudes et de leurs différences. M. Baillarger qui, plus particulièrement, a visé un critérium doctrinal, s'est arrêté lui-même au fait matériel. En quoi consistent l'excitation et la dépression? Où sont leurs limites respectives? Est-il sans exemple qu'une agitation plus ou moins intense coïncide avec une atonie cérébrale? Et, réciproquement, une prostration apparente ne peut-elle dissimuler une activité psychique véritable? Doit-on confondre, enfin, l'oppression avec la faiblesse?

Evidemment, il y a là un point sérieux d'interrogation. De bonne heure, flairant l'écueil, nous avons compris la nécessité de ne pas nous en laisser imposer par les impressions immédiates. Scrutant les faits dans leur intimité, nous nous sommes appliqué à remonter à l'idéal.

Cette investigation, poursuivie sur un grand nombre d'insensés, nous a conduit à constater d'abord des analogies ou des diversités là où un examen brut eût suggéré des termes inverses. La classification, naturellement, devait s'en imprégner. Mais ce résultat ne fut pas le seul. Pour élucider les phénomènes, en dévoiler la formation, en fixer la valeur, il nous a fallu pénétrer dans les mystères du fonctionnement mental.

En même temps que les conditions d'un classement plus rationnel des folies, nous avons entrevu une systématisation psychologique, susceptible de répandre un jour tout nouveau sur l'horizon de notre science.

Issue de l'observation, elle en contient virtuellement toutes les données, que, depuis, nous n'avons cessé de rectifier et de compléter. En quelques mots, de quoi se compose-t-elle? Ce qui saillit immédiatement chez l'homme, c'est la faculté de penser, de raisonner, de vouloir et d'agir. Si quelque chose se dérange dans ce mécanisme, la lésion, évidemment, à cause de l'incessance du travail mental, aura pour signe la généralité et la permanence. L'irrégularité ou l'insuffisance se trahiront, à des degrés divers, sur tous les sujets. De là un groupe d'aliénations générales, dans lequel sont venus se ranger quatre genres principaux : l'excitation maniaque, la manie, la démence, avec ou sans paralysie progressive, et les innombrables variétés d'obtusions psychiques, depuis la stupidité la plus profonde jusqu'aux teintes affaiblies du simple embarras intellectuel.

Mais le pouvoir que nous avons appelé syllogistique ne se crée pas de toutes pièces. Les idées qu'il conçoit, les émotions qui l'impressionnent, les sentiments qu'il éprouve, deviennent les matériaux et les mobiles de ses opérations. Ces éléments lui sont extrinsèques, et, bien que s'engendrant, se correspondant et s'influençant dans des combinaisons infinies, ils ont néanmoins en soi une indépendance respective. Le grain est distinct du moulin qui le broie. Si l'engrenage pèche, la mouture s'en ressentira. Quelque substance qu'on emploie, elle sera inégale, grossière. Dans les cas opposés, le produit dépendra du grain lui-même : irréprochable

ou défectueux, selon que celui-ci sera sain ou avarié.

Par comparaison, ne serait-il pas présumable que certains ordres d'aliénations mentales eussent ainsi leur point de départ dans des impressions maladives, des conceptions vicieuses, des sentiments altérés? Elles auraient, en conséquence, une évolution et des caractères spéciaux. La logique, subsistante, fléchirait sous l'ascendant des incitations pathologiques pour reprendre, non parfois sans une résistance efficace, son empire en dehors de leurs actions. C'est ce qui a lieu, en effet.

Les délires particuliers ont, sous ce rapport, un cachet si saillant qu'on n'a pu échapper à leur constatation. Mais le principe en a été méconnu, ce qu'atteste l'idée comprise dans cette définition : *lésion partielle de l'intelligence*. D'une séparation de fond, on n'a fait qu'une distinction de degré. Les nuages, non éclaircis, ont nui à la découverte d'une classification légitime.

Cette incertitude, dont la plupart n'ont qu'une conscience imparfaite, se reflète, tangible, dans les auteurs. Quoi de plus vague et de plus incomplet que la mélancolie de Pinel? A quels signes précis reconnaître sa *manie sans délire* et sa folie raisonnante? Les genres d'Esquirol ne sont guère mieux délimités. Sa monomanie n'a cessé d'être l'objet de vives controverses. Pour les trois quarts, ses lypémanies appartiennent aux délires généraux. Dans ses faits disparates de monomanie raisonnante, il n'y a rien de systématisé qui justifie la qualification. Ses autres descriptions, si bien faites, portent sur des symptômes ou des formes secondaires que l'on serait fondé à multiplier à semblable titre, sans compter la diversité des cadres dans lesquels devraient entrer les observations. Morel, nous l'avons

vu, de fait supprime les catégorisations psychologiques. Dans un immense chapitre, consacré à la monomanie, Renaudin a rassemblé et commenté, avec un luxe de considérations ingénieuses, une foule d'exemples, sur l'interprétation desquels il y aurait beaucoup à dire.

L'idée qui s'impose généralement, à travers ces divergences, c'est que, dans le délire partiel, les malades, dominés par des impulsions automatiques et des conceptions imaginaires, peuvent, en dehors de la sphère aberrative, raisonner et agir correctement. Des cas attribués à cette forme, un grand nombre sont à retrancher. D'autre part, le cercle dans lequel on se l'est figurée ne renferme pas, tant s'en faut, tous les types qu'elle comprend. Nous en avions eu d'abord l'intuition. Peu importe, répondions-nous aux objections, la quantité des erreurs, si le raisonnement subsiste. L'analyse nous en fournit bientôt une explication plus claire, qu'il nous eût été facile d'induire de la théorie.

La première observation d'où, pour nous, naquit la lumière, fut celle du séminariste Raimbaud, condamné à Aix, pour tentative de meurtre sur un de ses camarades. D'accord sur l'irresponsabilité, les experts hésitaient dans l'attribution du cas, ou au délire général, ou à la monomanie. Raimbaud n'avait ni idée fixe ni impulsions déterminées. Son affection se composait d'une série de paroxysmes comparables à la rêverie de la veille, et où surgissaient, montant comme un flot et se croisant dans son esprit, des sensations étranges, des conceptions bizarres, des raisonnements fortuits. Les sentiments erraient au gré des pensées. Sortant de ces crises, il se voyait avec effroi, étonné, sur la pente du crime ou de la folie.

Ce n'était point de la monomanie, mais une fascination oppressive, vague et incertaine. Les traits de la folie générale ne s'y rencontraient pas d'avantage, puisque, soustrait à son inertie, l'esprit recouvrait aussitôt sa lucidité, même avait conscience des phénomènes. Dans le délire partiel, auquel ce cas appartenait évidemment, il y avait donc autre chose que de la fixité et de la constance. Pourquoi certains spasmes ne susciteraient-il pas des aberrations et des entraînements, mobiles et variables comme eux? L'énigme était dévoilée. Ce genre venait, dans notre nomenclature, remplir une place vide. Il éveillait notre attention sur des situations mentales analogues, que nous avions observées. Nous y entrevîmes même la raison probable de la plupart de ces cas nuageux, diversement qualifiés: *manie sans délire*, *manie ou folie raisonnante*, *folie morale*, *monomanie raisonnante*, *délires impulsifs*, *monomanie homicide*, *suicide*, etc. Pour ces dernières propensions, en particulier, on juge uniquement l'acte, qui souvent n'est, comme on l'a vérifié depuis, qu'une circonstance saillante d'un appareil symptomatique complexe.

Dans une première communication à la Société médico-psychologique, en 1859, nous traçâmes une esquisse du nouveau genre. Les traits qui le distinguent de la monomanie sont nombreux, et présentent un contraste si frappant que, tout d'abord, la pensée nous vint de lui donner, par antithèse, le nom de *pseudomonomanie*, souligné, à dessein, par cet autre titre, plus scientifique, *ou délire partiel diffus*. *Partiel*, n'étant point général, *diffus*, c'est-à-dire opposé, par la fortuité de ses symptômes erratiques, à la systématisation monomaniaque. De plus en plus, la vérité et

la portée de cette démarcation ont fini par apparaître.

Le fait qui a motivé les explications précédentes n'est point, du reste, une pseudomonomanie. Notre nomenclature l'éclaire; il l'éclairait à son tour et en rendait l'exposition doublement nécessaire. Déjà, d'après une observation recueillie par M. Baume, alors interne à Maréville, Morel l'avait cité dans le deuxième volume de ses Etudes cliniques. Renaudin, qui a suivi la maladie après eux, le range parmi ses monomanies religieuses. Nous verrons en quoi il en diffère. Chose singulière! Cette différence qui, ici, lui échappe, l'éminent aliéniste, comme on va le voir, s'en appuie pour rejeter la démonomanie, à l'instar de Macario. « En effet, dit-il, nous rencontrons l'idée du démon aussi bien dans la monomanie que dans la lypémanie. »

Justine Z..., âgée de vingt-quatre ans, a la figure pâle et les pupilles très dilatées. Son regard, immobile, est constamment fixé vers le sol. Peau froide, pouls d'une lenteur extrême, lèvres agitées de légers mouvements choréiques. L'aspect donne l'idée de la chlorose et d'une souffrance générale. Menstruation irrégulière.

Dès ses tendres années, Justine manifeste un penchant décidé pour l'isolement et la lecture des livres religieux. Entrée à quatorze ans aux Orphelines, elle s'y distingue par sa piété et ses succès dans l'étude. A dix-sept ans, on l'envoie à Nancy faire son noviciat à la doctrine chrétienne. Elle en sort à vingt ans, pour aller à Strasbourg en qualité de sœur institutrice des petites filles. Persévérant dans ses habitudes, elle n'avait point cessé de s'absorber dans une vie contemplative. Elle était donc prédisposée.

Un sermon sur la damnation éternelle, prêché par

un prédicateur fameux, jette immédiatement le trouble dans son âme. De l'agitation, des terreurs, suggérées par des hallucinations de la vue, la font renvoyer dans sa famille, où le docteur Ancelon reconnaît les *phénomènes de l'extase et de la catalepsie.*

Le frère aîné caractérise ainsi la marche de l'affection. Des méditations et des abstinences persistantes s'opposent d'abord à toute médication suivie. Elle tombe ensuite dans une léthargie voisine de la mort. Insensibilité, mutisme invincible, qui cèdent peu à peu, après un long temps, à des lavements antispasmodiques. Toutefois, elle mange à peine et n'articule que de rares paroles. A cet amendement très précaire, succède bientôt une recrudescence moins intense, mais dans laquelle la malade rend par la bouche un sang fétide.

Un soulagement plus marqué s'annonce. Justine mange et s'occupe, n'ouvrant la bouche que pour proférer quelques mots, et sans s'intéresser à ce qui l'entoure. Puis les vomissements se renouvellent avec violence, signal d'une divagation évidente.

A l'asile, où elle dut être placée, on ne tarde pas à remarquer, dans la manifestation des symptômes, des alternatives d'excitation légère et de dépression extrême, cette dernière phase formant pour ainsi dire l'état permanent. Excitée, elle gesticule, fait des grimaces, sautille dans un cercle, pousse des cris, pleure et rit sans motif, et parfois se livre à des démonstrations obscènes. L'accablement reprend vite le dessus. Accroupie sur sa chaise, la tête inclinée sur le thorax, les paupières à demi-baissées, Justine accumule sa salive, qu'elle laisse échapper par jets sur son menton et sur ses habits. Debout, l'immobilité persiste. A table, il faut

l'exciter sans cesse pour qu'elle avale ou la soupe ou la viande, qu'elle tient dans sa cuiller ou sur sa fourchette.

Nécessairement, les fonctions générales se ressentent de cette inertie. Règles suspendues depuis dix mois ; digestions pénibles, ventre météorisé, vomissements, gencives fuligineuses, etc.

Justine *peut répondre*, même dans ses plus mauvais moments, mais elle le fait avec une laconicité extrême. Souvenirs intacts et conservés. M. Baume observe qu'on *serait porté à croire*, d'après ses faibles explications, que la prostration tiendrait plus de l'extase et de la catalepsie que de la stupidité, dont elle emprunte toutefois les formes extérieures. Les hallucinations, qu'elle ressent encore, ont trait à des faits et paroles de l'Écriture sainte. Le Paradis s'entr'ouvre à ses yeux ; elle voit l'échelle de Jacob, échelonnée de créatures divines. D'autres fois, les psaumes de David résonnent à ses oreilles, avec tous les charmes d'une mélodie céleste. Par contre aussi, les spectres de l'enfer l'épouvantent et la torturent. Dans une rêverie, elle s'est crue transformée en un garçon appelé Théodore. Elle en était aise, pour avoir le plaisir de faire ses études chez les Frères.

Renaudin a observé également les deux phases indiquées par MM. Morel et Baume. Celle qui débute, et qu'il nomme initiale, lui semble correspondre à l'état d'anéantissement et de mort apparente. Quand arrive la seconde, le pouls se relève, la face se colore, la physionomie se ranime. C'est l'extase, où de nouveaux rapports s'établissent entre la malade et le monde fantastique de ses hallucinations. Pour lui, l'extase pathologique est arrivée à ses dernières limites.

Morel, aussi peu précis, voit, dans l'espèce, un délire religieux, compliqué d'anéantissement cataleptique.

En quoi consistent l'extase et la catalepsie? Quelle idée, d'autre part, implique le délire monomaniaque? Cela ne ressort guère de l'observation, si on l'analyse. En soi, l'extase est une sorte d'éréthisme nerveux, qui se modifie suivant les causes, les degrés et les complications. Dans son vrai type, assimilable aux accès convulsifs, elle surgit spontanément, ou en vertu d'une disposition morale. Il s'opère, à l'intérieur, un mouvement fortuit de pensées, au préjudice de l'action volontaire sur le dehors. Socrate s'arrêtait, immobile, pour écouter les paroles de son démon familier. Cet état, qui durait chez lui une demi-heure, cesse avec le spasme. Chez le contemplatif, où tantôt l'habitude le ramène à l'improviste, où d'autres fois il continue la méditation, il persiste souvent très longtemps. Le sujet alors ne s'appartient plus. Il assiste, plus ou moins passif, aux scènes fantastiques qui se jouent dans son imagination. Ni régularité, ni cohésion logique. La tension est-elle forte, s'accompagne-t-elle d'un afflux sanguin vers l'encéphale, les sensations, les idées, les sentiments, les aspirations prennent des proportions insolites. On monte au septième ciel, comme saint Paul, on est en proie à une céleste folie, comme sainte Thérèse.

Certaines monomanies peuvent conduire à l'extase ou en naître, sans qu'on soit autorisé à les confondre avec elle. A plus juste titre, doit-on en distraire les phases extatiques que l'on rencontre quelquefois dans les diverses maladies mentales, notamment dans la manie, l'obtusion hallucinatoire, les folies épileptique, hystérique, etc. A Bicêtre, un de nos maniaques, sous-

officier de marine, tombait souvent dans une immobilité de plusieurs heures. Le corps incliné, les yeux fixés vers le ciel, on eût peint en lui un inspiré. Rien ne le tirait de cette situation : ni secousses, ni paroles. Chez deux de nos jeunes garçons, l'attitude était surtout remarquable. L'un se tenait tantôt sur une jambe, tantôt sur l'autre, les bras étendus ou élevés dans des directions variées, et regardant constamment le haut des fenêtres. Par moments, attendri jusqu'aux larmes, il était pris, d'heure en heure, d'un rire involontaire ou laissait échapper quelques mots incohérents. Le second, moins la suspension des jambes, affectait une pose analogue. Il semblait agité de craintes religieuses; car, à demi sorti de la crise, il réclamait un confesseur. A en juger d'après les réponses, l'essor psychique, dans ces trois cas, était restreint, confus et sans relation avec une disposition mentale antérieure.

Quant à la catalepsie, où l'intensité du spasme nerveux enraye toute manifestation intellectuelle et tétanise les organes externes, l'idée d'en faire une dépendance du délire monomaniaque est au moins singulière. Entre ce degré extrême de la rigidité cérébrale et celui de la simple extase, il y a des intermédiaires nombreux. Ces états mixtes, que j'ai décrits sous le nom d'extato-cataleptiques, marquent bien les diversités proportionnelles de l'oppression. A mesure que la catalepsie l'emporte, le champ de la pensée se rétrécit, son jeu devient moins facile. De plus en plus, le disparate des conceptions et l'obtusion hallucinatoire s'accusent, pour s'effacer et disparaître. Ce caractère, nous l'avons pu constater parfaitement chez un aliéné, à Bicêtre. A des intervalles d'un à deux mois. X... subit tout à

coup la transformation suivante. Tous ses muscles se raidissent. On est obligé de le coucher. Point de mouvements que ceux qu'on lui imprime, avec plus ou moins de résistance. Seulement, les membres et le tronc, incomplètement contracturés, reprennent d'eux-mêmes l'attitude du décubitus dorsal. Peau chaude, humide; face vultueuse, yeux fixes, ouverts, animés. Par intervalles, sa physionomie, pétrifiée, s'empourpre ou se rembrunit, sous l'influence apparente d'un travail de concentration intérieure, qui, parfois aussi, se trahit par un sourire sardonique. On le pince, on le pique, on le secoue, sans éveiller une ombre de sensibilité. Nous le faisons soulever, le dos appuyé sur le bras de deux aides. Des jets rapides et réitérés d'eau très froide dans cette pose ont seuls le don de rompre transitoirement le charme. On obtient de lui quelques réponses monosyllabiques, puis, en moins d'une minute, il retombe dans sa demi-catalepsie.

Cet état a duré de vingt-quatre à quarante-huit heures. Nous l'avons vu persister quatre jours et davantage. La détente s'opérait assez vite. Il ne lui restait qu'un vague souvenir de bruits et de tableaux confus. X...était comptable. En dehors des crises, on l'utilisait dans les bureaux. Il conservait une manie bizarre, une sorte de *tic*. Un contrôleur chimérique collaborait mentalement avec lui. Il leur arrivait fréquemment de ne pas se trouver d'accord sur le résultat d'un calcul. L'un, par exemple, disait cinquante, l'autre quarante-huit. On vérifiait, et si les chiffres différaient encore, X..., posant le sien au crayon, passait outre, en attendant, ce qui avait lieu toujours, que le mystique conseiller reconnût son erreur.

Dans l'observation de Renaudin, les traits ne sont point identiques. Justine Z..., d'une piété exemplaire, avait un goût prononcé pour la méditation religieuse. C'était, sans contredit, un sol propice. Un sermon terrifiant jette le désordre dans ses facultés. Mais quel est le caractère des premiers troubles ? S'agit-il d'une monomanie ? Justine a des hallucinations de la vue; cela présage plutôt un délire général qu'un délire particulier. Elle rentre dans sa famille, et le docteur Ancelon, appelé immédiatement à la visiter, reconnaît l'extase et la catalepsie, c'est-à-dire, comme nous venons de le démontrer, le contraire d'une systématisation franche.

Le frère déclare que, dans les commencements, elle s'absorbait dans la méditation et refusait la nourriture. Appartenant à des folies d'ordres divers, ces symptômes n'ont ici qu'une valeur relative. On inclinerait de préférence, eu égard à la longue léthargie qui leur succède, à les rattacher au délire général. Il y eut des remittences, mais qu'elles furent précaires ! Justine *mangeait un peu* et *articulait quelques paroles*.

A Maréville, la situation, peu modifiée, oscilla entre une dépression habituelle, profonde, et de courtes phases d'excitation et de lueurs raisonnables. L'observation dit bien que, même dans ses plus mauvais moments, Justine est capable de comprendre; mais les signes qu'on en donne se bornent à quelques réponses d'une laconicité extrême et au plaisir que *paraît* lui procurer la vue d'une parente. L'agitation, vraie incohérence maniaque, est un mélange de gestes bizarres, d'actes grotesques ou puérils, de démonstrations érotiques et d'hallucinations religieuses ou autres, sans lien, sans suite. Dans les rémissions, de l'inertie,

aucune initiative. « Justine, dit Renaudin, ne vient point à vous, il faut aller à elle. »

Se représenter l'idéal d'un genre d'après ces données serait difficile. Où le fait pourrait-il se ranger dans notre cadre ? Tout d'abord, nous désintéresserons le délire partiel. Nul indice de la conservation du fonctionnement syllogistique. Le pseudomonomane, soumis aux entraînements morbides, qu'il subit ou auxquels il résiste, jouit de la vie commune, a conscience de son trouble et souvent l'apprécie. Les convictions du monomane, quelle que soit leur origine, conceptive ou hallucinatoire, sont particulièrement motivées. Elles ont une logique fausse, grossière, qui, dans sa sphère, suscite un langage et des déterminations conséquentes. L'erreur commande le raisonnement et, sur les sujets qui y sont étrangers, à moins qu'exclusivement dominatrice, elle n'absorbe l'attention tout entière, le malade cause et agit comme tout le monde.

Ce n'est certes point le cas de Justine. Son affection rentre nécessairement dans la catégorie des délires généraux. Serait-ce une excitation maniaque ou une manie? Elle n'en a, sauf les agitations fugitives qui s'expliqueront tout à l'heure, ni l'exaltation ni la mobilité incohérentes. Sa ressemblance n'est pas plus exacte, soit avec la démence où se trahissent la débilité de la mémoire, la stérilité de la pensée et l'impuissance morale, soit avec la paralysie générale, si curieusement représentée par une confiance béate, des prétentions bouffonnes et une activité remuante.

Elle se case, au contraire, ostensiblement parmi ces obtusions psycho-cérébrales, d'origine si diverse, mais dont les degrés forment la base d'une sous-division

symptomatique commune. Cette division comprend, pour nous, les stupidités profondes, moyennes et légères. Les types ont cela de remarquable qu'ils répondent à des modalités phénoménales analogues. Au point culminant, la réaction est nulle ou réduite à de vagues perceptions internes. Dans l'échelle descendante, il y a deux courants, dont chacun a son effet; car la pensée ici est surtout obscurcie; le lien n'en est pas absolument brisé, comme dans le délire maniaque. Par suite d'une association syllogistique pénible, embarrassée, l'esprit, incapable de remonter à la source du vrai et du faux, subit le mouvement fortuit et des impressions, des sensations, des conceptions, des sentiments, des impulsions qui l'obsèdent, et des raisonnements boiteux, informes, caducs, qu'ils lui suggèrent.

Ce rêve morbide s'empreint dans la physionomie, l'attitude et le langage. Sombre le plus ordinairement, il change parfois de caractère. Une de nos malades, taciturne, était agitée par de vains scrupules et des craintes imaginaires. Un matin, nous la trouvons la figure épanouie. « Je suis contente, moi, je suis guérie. » Elle n'en dit pas davantage. Ce fut son refrain, pendant deux ou trois jours. Les plus étranges conceptions se mêlent ou se succèdent. On est ruiné; les parents sont morts, on est mort soi-même. Des abîmes s'ouvrent sous vos pas. L'enfer, la prison vous réclament; on est jugé, condamné; la police, la gendarmerie sont à vos trousses; on a commis toutes les horreurs, le poison vous menace, etc.

La douche est un excellent moyen de révélation. Sous son impression, un aliéné de Bicêtre, qui refusait de manger, s'écrie qu'il est indigne de la bonne nourriture qu'on lui offre. Ce monstre a assassiné douze personnes.

Son ventre contient sept enfants, qu'il doit à un commerce honteux avec son frère. Il a dans la tête une anguille enroulée entre le cerveau et le crâne. Cédant, il avale quelques cuillerées de soupe, se le reproche et s'arrête.

A ces insanités, les idées normales font concurrence, surtout dans les formes moins accentuées. La raison, la sensibilité, les sentiments naturels semblent renaître avec des sensations positives et des souvenirs exacts. On en est d'autant plus porté à supposer une fixité monomaniaque. Le trouble délirant est susceptible d'enrayer l'essor des facultés. Mais, s'il contribue ici à cet échec, il n'en est pas la cause principale. Il l'aggrave seulement. Diminue-t-il d'intensité, cesse-t-il momentanément de sévir, l'obtusion, primitive, et dont lui-même est le produit, persiste; la clairvoyance ne revient point complète; circonstance patente dans les stupidités très légères.

Tanquerel (des Planches), à propos de la folie saturnine, M. Moreau (de Tours), dans son analyse des symptômes étranges occasionnés par le haschisch, ont pressenti ce mécanisme. L'un et l'autre, sans se l'expliquer, ont constaté la coexistence d'une lucidité apparente avec un désordre mental, quelquefois très intense. Le sujet, selon notre collègue, se dédoublerait en quelque sorte, appartenant par un côté au monde réel, par l'autre au monde fantastique.

Cette dualité, dont notre nomenclature révèle le caractère, mérite, dans l'appréciation pathogénique du cas de Justine, une considération particulière. Elle en fournit la solution. Prenons-le au début. L'effroi peut amener la monomanie. Mais l'effet n'est point immédiat. A l'émotion apaisée, survit une impression qui se répète, une idée qui s'impose, une croyance qui, peu

à peu, s'organise. Plus communément, la confusion due à l'ébranlement continue, si même elle ne suit une marche ascensionnelle. Chez Justine, on ne voit aucune trace du premier état. Les hallucinations signalées par le Dr Ancelon marquent plutôt la phase initiale d'une stupidité assez prononcée. Les exemples en abondent. Après juin 1848, nous recevons à Bicêtre un homme d'une cinquantaine d'années. C'était le concierge d'une maison envahie par des soldats, à la recherche d'insurgés, qu'on croyait y avoir trouvé un refuge. A peine on pouvait en arracher quelques paroles. Il ne sortait de sa torpeur que pour se précipiter en avant vers des fantômes ou, se tournant de côté et d'autre, répondre à des voix imaginaires. Ce délire s'affaiblit et disparut, en moins de quinze jours. Mais l'obscurité mentale ne fut complètement dissipée qu'au bout de six semaines.

L'absorption dans la méditation, l'opiniâtreté dans l'abstinence ont, comme la plupart des symptômes psychiques, une signification double, relative par conséquent aux conditions dans lesquelles on les observe. Se rattachaient-elles à des idées fixes, à une passion consciente, à quelque chose d'enchaîné et de logique? Le silence à cet égard ne permet point de les attribuer à la monomanie. Loin de là. Une pareille concentration intérieure se rencontre fréquemment dans les stupidités, produit d'un pur désordre automatique. La folie consécutive à l'épilepsie nous en offre quotidiennement des spécimens.

Une autre preuve en ce sens résulte de la longue léthargie subie dans la famille. Nul indice d'activité mentale. Le Dr Ancelon soupçonne l'extase ou la catalepsie. Justine n'a ni de la première la pensée errant

dans les régions féeriques, ni de la seconde les fortes et permanentes contractions musculaires. Sa torpeur est exclusivement de l'inertie ou de l'oppression cérébrale. A Maréville, ces phases presque constantes d'accablement ont persévéré, passivement accidentées, selon la nature des émotions internes, par des manifestations disparates, d'agitation maniaque, de crainte, de désespoir, d'érotisme, etc.

Renaudin reconnaît lui-même que, dans ce qu'on pourrait appeler des intervalles lucides, l'essor intellectuel, très borné, n'aboutissait jamais à une détermination spontanée et voulue. La modification des aspects se conçoit du reste. Elle dépend des repos et des proportions de gêne de l'encéphale. L'absence d'impressions maladives et de pseudo-perceptions laisse à l'intuition tout son pouvoir. D'autre part, de la stupidité à la manie (également comprises dans les aliénations générales) il n'y a souvent de différence qu'un peu de compression en moins et d'irritation en plus; ce qui explique la transition facile de l'une à l'autre. Le pronostic et le traitement doivent eux-mêmes à l'idiosyncrasie de l'affection des chances relatives. Dans des cas où le cerveau semble entravé dans ses fonctions par les éléments étrangers plus qu'altéré dans sa substance, les guérisons ne sont pas rares. On a vu, sous le coup de secousses morales violentes, après des années, s'opérer des résurrections inattendues. Les agents physiques, unis aux agents moraux, contribuent ici efficacement à la cure.

La monomanie, sans contredit, affecte une allure différente. Dans son chapitre consacré à l'espèce religieuse, Renaudin relate quelques observations qui en

présentent les traits incontestés. Il nous suffira d'en résumer une pour faire saillir le contraste.

Mme K..., après une vie éprouvée, perd son mari, officier supérieur distingué, qui la laisse avec une modique fortune. Elle avait toujours eu des sentiments pieux. Abandonnée par un fils ingrat, elle cède, sans réserve, à ses inclinations religieuses. Elle ne néglige aucune pratique de dévotion, fait des livres saints son étude favorite, se dévoue à des œuvres de charité. Secondée dans cette tâche par un ecclésiastique peu digne de sa confiance, elle épuise ses ressources, emprunte, et, finalement, tombe dans le dernier dénuement.

Dans la voie de déceptions où elle est entraînée, sa raison elle-même fait naufrage. Elle se livre à des extravagances qui motivent son placement à l'asile de Fains. Son délire a l'empreinte religieuse. Sa conversation sur tout autre point ne trahit aucune aberration. Entre-t-elle dans le cercle morbide, tout devient étrange, conceptions et actes. Comme personne ne marche à son unisson, Mme K... se persuade bientôt qu'elle seule possède la vraie doctrine, et que la religion n'est bien entendue, ni par ceux qui l'enseignent, ni par ceux qui la pratiquent. De là son dédain : « Ce sont des fous ou des folles». Le prêtre n'a pas le droit de consacrer; les sœurs communient en blanc; toutes les cérémonies dont elle est témoin dans la chapelle sont ridicules et impies. Dans ses prières ardentes, elle arrive à une douce extase, qui alimente et corrobore ses tendances. Dieu communique avec elle, il la soutient, elle le conserve dans son cœur et il lui accorde le don de protéger en son nom. Aussi se rend-elle dispensatrice de l'assistance divine, quitte à la retirer et à traiter de

folles les personnes qui, par leur dérogation à ses conseils, ne justifient pas un tel bienfait. La vue d'un ecclésiastique l'indispose. Elle s'en détourne, le bras incliné en arrière, comme pour conjurer un maléfice. Son zèle de conversion est parfois intolérable. Les offices divins ont dû lui être interdits. Elle interrompait le célébrant, à qui elle reprochait de profaner les saints mystères. Montait-il en chaire, elle voulait se substituer à lui et prêcher à sa place. Cet état, d'origine ancienne, n'avait point varié.

Quels traits le rapprochent de celui de Justine? Aucun assurément : ni manie, ni démence, ni stupidité. Le pouvoir syllogistique subsiste. Point de pseudo-mononanie non plus. Rien de diffus, de mobile, ni de suspect à la malade. Son délire se renferme exclusivement dans le cercle circonscrit et invariable de ses fausses convictions. Mme K..., en un mot, subit l'atteinte d'une monomanie ou, plus correctement, d'une folie systématisée; car il n'est guère d'exemples de monomanies limitées à une erreur unique.

Le champ, au contraire, en est quelquefois assez étendu. Une idée appelle une preuve. Tout sentiment se justifie. La défiance, la crainte, conduisent à des suppositions de plus d'un genre qui se transforment en réalités, et, chemin faisant, ces déviations en engendrent d'autres, très distantes souvent du mobile initial. Pour être complexes, ces cas n'en gardent pas moins leur caractère, qui est le logisme, s'exerçant simultanément au profit des manifestations normales et délirantes. Remarquons encore que les convictions morbides ne sont pas toujours tellement assises que la perplexité du doute n'ajoute au tourment qu'elles occasionnent.

Je fus consulté l'an passé, à plusieurs reprises, par une vieille demoiselle de soixante-sept ans qui, sous ce rapport, présente des particularités curieuses. Employée dans une administration publique, elle venait d'être mise à la retraite, moins en raison de son âge que de certaines excentricités dans l'exercice de ses fonctions. C'est une personne d'un esprit distingué, d'une instruction solide et d'une trempe antique. Très pieuse, elle voyait les prêtres et les religieuses. En butte depuis trois ans à des persécutions imaginaires, elle ne vit plus que d'une existence empoisonnée.

Les accidents débutèrent ainsi : elle avait pour confesseur un ecclésiastique, âgé d'environ quarante-cinq ans. Fascinée par son regard, elle se figure être, de sa part, l'objet d'une attention peu séante. Là-dessus, mille réflexions alarmantes. Elle l'évite; mais dans le milieu qu'elle fréquente, elle retrouve partout son influence. Celle-ci se propage au dehors. Dès lors s'ourdit, contre son repos, une trame abominable. Les sœurs se concertent avec le curé pour la faire tomber dans le piège. Ces gens-là sont captateurs de fortunes. Ils visent à s'emparer du peu qu'elle possède. Elle ne veut plus les voir. Sur son passage, elle entend des voix moqueuses. Elle lit sur les visages l'insulte ou la pitié ironique, on devine ses pensées; on la suit dans tous ses actes. Elle songe souvent à avertir l'autorité. Mais où ses ennemis n'ont-ils pas des intelligences? Forme-t-elle un projet, ils en sont instruits et en empêchent à point l'exécution. Ce qui les rend redoutables, c'est qu'ils ont des secrets inconnus pour faire souffrir et arriver à leur but. L'électricité, le magnétisme, d'autres agents occultes, sont en leurs mains. Ils en jouent à

distance ; on lui souffle des odeurs qui lui donnent la fièvre. Son oreille est assourdie de bruits infernaux, qui lui déchirent le tympan. Elle reçoit dans la tête des chocs mortels. Des fusées traversent ses membres, se répandent dans son corps et lui occasionnent, sur différents points, des ébranlements pénibles. Les organes sexuels ne sont pas eux-mêmes respectés. On exerce des frottements sur la matrice ; on y fait passer des courants de feu, on y insinue des morceaux de caoutchouc. On ne sait, en un mot, quelle forme prendre pour perpétuer et renouveler son supplice.

Ses interprétations, toutefois, ne s'imposent pas sans soulever des scrupules. La ménopause a eu ses orages. Malgré l'apparence, la santé n'a jamais été parfaite. Mlle *** était sujette à la migraine. Dès le principe, elle s'est demandé si, jouet de son imagination, elle ne prendrait pas pour indice de malfaisance l'effet d'une maladie nerveuse. D'autre part, ayant ouï que la folie se caractérisait quelquefois par des phénomènes analogues aux siens, elle lit avec avidité plusieurs traités de médecine mentale, scrute et commente particulièrement les observations qu'ils renferment. Elle est naturellement frappée de certaines comparaisons. Elle en délibère, longtemps indécise. Malheureusement, elle finit toujours par conclure qu'elle est une exception à la règle.

Une circonstance récente, sur laquelle elle me consulte dans sa dernière lettre, peint admirablement ce levain d'opposition aux croyances. Au temps des tables tournantes, Mlle ***, comme tout le monde, avait entendu prononcer le nom de spiritisme. Sa mémoire n'en avait conservé qu'un souvenir confus. Elle tombe d'aventure sur deux journaux, où sont exaltées les

merveilles de cette science mystique. Là gît, inévitablement, la solution du problème qu'elle poursuit avec tant de sollicitude. En causant, elle apprend d'une dame amie que l'abbé, son persécuteur, érudit profond, avait une connaissance parfaite du spiritisme. Il était décédé depuis peu. La démonstration est donc complète. L'électricité, le magnétisme, etc., etc., sont relégués au second plan. Elle est victime de cette *science infernale*, qu'elle suppose d'ailleurs originaire de l'Indoustan, et avoir été importée, par des missionnaires, en Europe et en France.

Ce fait, sans contredit, est un des types les plus accusés du délire partiel systématisé. Chez la malade, pas le moindre accablement ni la moindre incorrection de langage, ni aucune de ces transitions de phénomènes qui puissent faire soupçonner la stupidité, à un degré quelconque. Sa raison, dans l'ordre physiologique, se manifeste tout entière. Elle converse, elle écrit avec sa distinction accoutumée. Quant aux erreurs, on les a vues naître, se multiplier, s'enchaîner, s'enraciner par un procédé logique. Leur domination même n'a pas été immédiate, et, en dépit du temps, n'est pas absolue encore. Un recul est peu vraisemblable. Mais la santé corporelle, non gravement détériorée, présage une longévité commune. Dans dix ans, si Mlle *** offre les attributs d'une verte vieillesse, ses aberrations auront chance de se retrouver, au fond, les mêmes que nous les voyons aujourd'hui[1]. Cette similitude

[1] L'an passé, nous avons pu constater la réalité de ce pronostic. Mlle *** vit avec une gouvernante ; celle-ci, pour des intérêts de famille, ayant été obligée de se rendre à Paris, sa maîtresse l'accompagne et s'empresse de me rendre visite pour me remercier de mes bons conseils. Elle s'est résignée et elle se croit guérie. Sa conversation me prouve

importante a été vaguement constatée. On n'en a point tenu compte, faute d'une conception doctrinale. Nous venons d'en montrer le principe. Elle ressort, trait distinctif, des données de notre nomenclature.

CLINIQUE NERVEUSE

NOTE SUR L'ÉTAT DES FORCES CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES;

Par le Dr A. PITRES,
Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les troubles fonctionnels, qui se produisent dans les membres, consécutivement à une lésion cérébrale, sont beaucoup plus complexes qu'on ne le suppose généralement. Ils ne sont pas, ainsi qu'on serait tenté de le croire d'après les descriptions classiques de l'hémiplégie, exclusivement limités à un côté du corps. Ils portent en réalité sur les quatre membres, mais d'une façon inégale et différente. En général, les membres du côté correspondant à la lésion sont simplement affaiblis. Ceux du côté opposé présentent en outre une indifférence absolue, ou tout au moins une résistance anormale aux incitations volontaires. Les premiers sont faibles, les seconds seuls sont frappés de

qu'au fond, si les souffrances sont tolérables, les conceptions morbides subsistent. Même, je serais étonné si la crainte d'une solitude de quelques jours ne l'a pas décidée à accompagner sa PROTECTRICE. Physiquement, la santé est parfaite. Il en est ainsi de beaucoup de monomanies; on s'y résigne. Elles passent en habitude, mais guérissent très rarement.

paralysie. Or, un membre affaibli n'est pas, par cela même, un membre paralysé. Nous voyons tous les jours des hystériques dont les membres du côté anesthésié donnent une pression inférieure de 10 ou 15 kilogrammes à celle des membres du côté opposé. Cependant ces malades se servent de tous leurs membres sans la moindre maladresse; elles marchent sans hésitation; elles cousent ou brodent avec habileté et ce serait forcer les analogies que de les considérer comme des hémiplégiques, malgré l'affaiblissement très réel et relativement considérable des muscles d'un côté du corps.

Dans une communication récente à la *Société de biologie* (séance du 21 janvier 1882), M. Brown-Séquard a attiré l'attention sur la distribution des troubles *paralytiques* chez les malades atteints d'hémiplégie d'origine cérébrale. Il résulte des observations du professeur du Collège de France, qu'une lésion cérébrale unilatérale ne produit pas exclusivement et invariablement une paralysie des membres du côté opposé. En général, en outre de la paralysie typique croisée, il existerait une paralysie directe légère. Quelquefois aussi, la lésion pourrait déterminer une paralysie limitée à trois membres (les deux membres inférieurs et le membre supérieur du côté opposé) ou aux deux membres inférieurs seulement. Les conclusions développées par M. Brown-Séquard reposent la plupart sur des observations dynamométriques exactes. Mais, exprimées sous la forme que leur a donnée leur auteur, elles suggèrent une idée inexacte sur l'état de la motilité chez les hémiplégiques, et cela, précisément, parce que M. Brown-Séquard n'a pas tenu compte de la différence essentielle qui existe entre l'affaiblissement musculaire et la véritable paralysie.

J'ai fait depuis quelques années de nombreuses recherches comparatives sur l'état des forces et de la motilité volontaire chez les malades atteints d'hémiplégie cérébrale. Je me proposais en les commençant d'étudier les signes cliniques des altérations bilatérales de la moelle, qui, d'après des observations antérieures, se produisent fréquemment à la suite des lésions unilatérales du cerveau[1]. Bien que ces recherches soient encore fort incomplètes à certains points de vue, elles m'ont cependant fourni quelques résultats précis que j'indiquerai très brièvement.

Pour apprécier la force des membres, je me suis toujours servi du dynamomètre de pression ordinaire. Pour le membre supérieur, l'instrument était serré dans la main; pour le membre inférieur, il était placé dans le jarret pendant que le sujet fléchissait de toutes ses forces la jambe sur la cuisse. Il est certain que ce mode d'exploration est imparfait, car il ne fournit d'indication que sur l'état des forces de certains groupes musculaires, mais il donne au moins des indications très précises et comparables sur la force du groupe exploré.

A l'état normal, chez l'homme adulte, la force de pression développée dans les conditions que je viens d'indiquer égale :

Pour le membre	supérieur	droit. .	49 kil. 2
—	—	gauche.	44 kil. 6
—	inférieur	droit. .	32 kil. 5
—	—	gauche.	33 kil. 2

[1] Voyez à ce sujet : *Note sur un cas de sclérose bilatérale de la moelle épinière consécutive à une lésion unilatérale du cerveau.* (Bull. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, mai 1880.) — *Des scléroses bilatérales de la moelle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau.* (Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1881, p. 429.) — *Nouveaux cas de scléroses bilatérales de la moelle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau.* (Soc. anat., nov. 1881.)

Chez la femme, les chiffres sont notablement moins élevés ; la moyenne est :

Pour le membre	supérieur	droit. .	29 kil. 4
—	—	gauche.	26 kil. 4
—	inférieur	droit. .	19 kil. 4
—	—	gauche.	20 kil.

Ces chiffres correspondent à des moyennes établies d'après l'étude des forces chez 40 sujets adultes (20 hommes et 20 femmes). Il résulte de leur comparaison que le membre supérieur droit est sensiblement plus fort que le gauche, tandis que le membre inférieur gauche serait un peu plus fort que le droit. Il convient ici de signaler une particularité assez curieuse. Chez tous les sujets, excepté chez les gauchers, la main droite exerce une pression plus forte que la main gauche. Mais pour les membres inférieurs, il existe des variétés que ne peut exprimer le chiffre moyen. Chez la moitié des sujets environ, le membre inférieur droit est plus fort que le gauche, tandis que chez l'autre moitié le rapport est inverse, c'est-à-dire que la force est plus grande dans le membre inférieur gauche que dans le droit ; de sorte que la moitié des sujets sont à la fois *droitiers* des membres supérieurs et *gauchers* des membres inférieurs.

Toutes mes observations sur les hémiplégiques ont été faites dans les mêmes conditions et avec le même dynamomètre que celles qui ont donné les résultats indiqués sur les sujets sains. Les tableaux suivants reproduisent les chiffres fournis par l'exploration dynamométrique dans quarante cas d'hémiplégie récente ou ancienne, complète ou incomplète.

Hémiplégies droites.

Numéros	NOMS	AGE des MALADES	AGE de L'HÉMIPLÉGIE	MEMBRES SUPÉRIEURS		MEMBRES INFÉRIEURS	
				Droit.	Gauche	Droit	Gauche
			A. *Chez les Hommes*				
1	Ginet.	56 ans	15 jours	0	28	0	10
2	Souberville.	69 »	11 ans	2	29	8	14
3	Vaugislin.	42 »	Enfance	4	27	16	17
4	Benesse.	29 »	1 an	12	33	5	22
5	Ganal.	63 »	4 ans	21	20	5	20
6	Dubernit.	65 »	8 mois	13	21	10	17
7	Dum...	33 »	8 mois	20	34	19	19
8	Constans.	65 »	17 ans	32	35	16	17
9	Andreau.	76 »	5 mois	18	23	9	12
10	Dupuy.	67 »	6 mois	24	29	13	17
			B. *Chez les Femmes*				
11	Terrier.	31 ans	14 mois	0	22	0	10
12	Pomici.	29 »	2 »	0	25	0	7
13	Lapiere.	87 »	1 an	0	11	0	3
14	Marot.	72 »	»	4	12	0	6
15	Bourre.	45 »	2 ans	7	15	6	6
16	Marron.	66 »	8 ans	18	18	8	9
17	Seché.	40 »	1 mois	11	17	8	15
18	Capileri.	55 »	Enfance	10	22	9	10
19	Michalet.	59 »	12 ans	17	26	14	14
20	Astrade.	45 »	15 jours	18	26	16	17

Hémiplégies gauches.

Numéros	NOMS	AGE des MALADES	AGE de L'HÉMIPLÉGIE	MEMBRES SUPÉRIEURS		MEMBRES INFÉRIEURS	
				Droit	Gauche	Droit	Gauche
			A. ***Chez les Hommes***				
21	Boubreau.	68 ans	12 ans	26	0	12	0
22	Mars.	54 »	4 ans	26	0	16	0
23	Dupeux.	66 »	1 an	22	0	11	1
24	Pinaud.	73 »	6 mois	20	5	21	11
25	Lefèvre.	59 »	4 ans	37	0	26	20
26	Courté.	52 »	6 ans	25	9	14	7
27	Vej...	56 »	5 jours	31	25	13	20
28	Lanusse.	32 »	18 mois	30	25	21	20
29	Davenier.	63 »	5 semaines	32	25	20	16
30	Segalas.	63 »	—	28	26	15	15
			B. ***Chez les Femmes***				
31	Labarthe.	62 ans	4 ans	17	0	1	0
32	Videau.	68 »	2 »	17	0	12	0
33	Faure.	63 »	»	22	0	9	0
34	Bachet.	50 »	6 ans	31	0	12	0
35	Marquet.	72 »	1 an	10	4	5	3.5
36	Raphé.	85 »	»	15	11	6	5
37	Chavanier.	55 »	2 ans	21	3	14	7
38	Boyer.	61 »	4 »	24	17	10	8
39	Ber...	57 »	5 »	13	»	non explorés.	
40	Rond...	51 »	3 »	10	»	non explorés.	

Des observations résumées dans les tableaux précédents on peut, si je ne me trompe, tirer un certain nombre de conclusions.

I. — ÉTAT DES FORCES DANS LES MEMBRES DU COTÉ OPPOSÉ A L'HÉMIPLÉGIE

1° *Dans l'hémiplégie d'origine cérébrale les membres du côté opposé à l'hémiplégie sont toujours plus faibles qu'à l'état normal.* Il ne s'agit pas ici d'un phénomène douteux, d'une appréciation difficile ou incertaine, puisque, d'après les chiffres précités, la force de pression développée par les membres du côté non paralysé est en moyenne de 40 à 45 p. 100 au-dessous de la normale.

2° *Dans l'hémiplégie droite, les membres du côté gauche sont proportionnellement moins affaiblis que ne le sont les membres du côté droit dans l'hémiplégie gauche.* Ainsi, dans l'hémiplégie droite, si l'on établit les moyennes sans tenir compte des sexes, on trouve que la perte des forces du côté gauche est de 41 p. 100, tandis que dans l'hémiplégie gauche les membres du côté droit perdent 49 p. 100.

3° *D'ordinaire, du côté opposé à l'hémiplégie, la perte des forces est proportionnellement plus grande dans le membre inférieur que dans le membre supérieur correspondant.* En prenant pour base du calcul l'ensemble des 40 observations rapportées plus haut, on trouve que les membres supérieurs du côté opposé à l'hémiplégie

ont perdu en moyenne 38,5 p. 100 de leur force et les membres inférieurs 50 p. 100. Je n'ai jamais rencontré d'exemple d'affaiblissement manifeste de l'un des membres du côté opposé à l'hémiplégie, l'autre ayant conservé sa force normale. Toujours les deux membres supérieur et inférieur m'ont paru affaiblis. Mais il arrive quelquefois, que, contrairement aux chiffres fournis par les moyennes, le membre supérieur est proportionnellement plus faible que l'inférieur. Ainsi, chez Cau... (n° 5), les membres supérieur et inférieur du côté non paralysé donnent chacun 20 kilogr. de pression. Or, le membre supérieur donnant à l'état normal une pression notablement plus forte que le membre inférieur, il résulte de l'égalité observée dans ce cas, que le membre supérieur a été proportionnellement plus affaibli que le membre inférieur correspondant. Chez Pin... (n° 24), le membre supérieur droit non paralysé donne 20 kilogr. et le membre inférieur 21 kilogr. Le premier a donc perdu 59,3 p. 100 de ses forces, le second seulement 32,4 p. 100. Mais les cas de ce genre sont exceptionnels. Le plus souvent le membre inférieur est proportionnellement plus affaibli que le supérieur.

4° *L'affaiblissement des membres du côté opposé à l'hémiplégie est d'autant plus marqué que l'hémiplégie est plus récente*. Cette notion est importante à retenir. Elle prouve que la perte des forces n'est pas un phénomène banal résultant du repos forcé, du séjour au lit, ou de la déchéance générale et progressive de l'organisme. Les choses se passent en général de la façon suivante. Pendant la période apoplectique, toute

exploration dynamométrique est impossible. Quelques jours après, quand le malade a repris ses facultés, la force est très diminuée dans les membres du côté opposé à l'hémiplégie et nulle dans ceux du côté paralysé. Les jours suivants, elle revient graduellement, d'abord dans les membres non paralysés, puis dans les membres paralysés. D'ordinaire, le membre inférieur reprend quelque force avant le membre supérieur correspondant, ainsi que l'ont indiqué Romberg et plus tard Trousseau.

Ce retour graduel des forces est très intéressant à étudier, et peut-être son étude pourra-t-elle fournir, quand elle sera plus avancée, des indications pronostiques utiles. En voici un exemple : Femme S.... trente-huit ans, frappée d'apoplexie avec perte de connaissance le 6 février 1882. Hémiplégie droite avec aphasie. L'exploration dynamométrique fournit :

	8 Février.	17 Février.	2 Mars.	17 Mars.
Membre supérieur gauche.	0	11	21	22
Membre inférieur gauche .	0	10	20	22
Membre supérieur droit. .	0	0	3	13
Membre inférieur droit . .	0	8	13	17

5° *L'affaiblissement musculaire du côté opposé à l'hémiplégie ne s'accompagne pas en général de troubles appréciables de la motilité volontaire.* Les membres ont moins de force, voilà tout. Ils exécutent tous les mouvements voulus avec précision. Ils atteignent exactement, sans hésitation, le but désigné par la volonté. Ils sont faibles, mais ne sont pas paralysés.

Quelquefois cependant, consécutivement à une lésion unilatérale du cerveau, il se produit une impotence

fonctionnelle des deux membres inférieurs, de telle sorte que les malades sont incapables de marcher.

L'analyse des cas de ce genre est très difficile. Si on examine les malades au lit, le membre inférieur du côté opposé à l'hémiplégie paraît normal : les malades peuvent le fléchir, l'étendre, le porter dans toutes les directions, atteindre un but déterminé; et cependant, si on essaye de les faire lever, ils se tiennent à peine debout, et la marche est tout à fait impossible. Il y a bien évidemment dans ce cas une différence entre l'état de la motilité des deux membres inférieurs, puisque celui du côté paralysé ne peut exécuter aucun mouvement volontaire, tandis que celui du côté opposé peut accomplir presque tous les mouvements voulus par le malade. Mais il semble que les synergies musculaires, que met automatiquement en jeu l'acte de marcher, soient seules troublées, et que l'impotence élective du membre dépende de certaines modifications dans ses rapports avec les centres de coordination médullaire, et non pas de la rupture de ses relations avec l'organe de la volonté.

Jamais aucun phénomène analogue ne se produit dans les membres supérieurs : l'impotence fonctionnelle est toujours exclusivement limitée à l'un d'eux, dans les cas, bien entendu, où la lésion cérébrale est unilatérale.

II. — ÉTAT DES FORCES DANS LES MEMBRES DU CÔTÉ CORRESPONDANT A L'HÉMIPLÉGIE

L'état des forces dans les membres du côté hémiplégié est tellement variable qu'il n'y a aucun avantage

à établir des moyennes pour les comparer à celles de l'état normal ou du côté non paralysé. Dans les hémiplégies complètes, les membres paralysés sont incapables d'exercer la plus légère pression sur le dynamomètre; dans les paralysies incomplètes d'emblée ou devenues incomplètes par le retour progressif des forces, les muscles peuvent avoir recouvré une bonne partie de leur énergie. Entre ces deux degrés extrêmes, on trouve tous les intermédiaires.

La paralysie peut aussi être complète au membre supérieur et incomplète au membre inférieur ou inversement. Il est à peine besoin de rappeler ces variétés qui sont connues de tout le monde et sur lesquelles l'exploration dynamométrique ne peut rien apprendre de nouveau.

Le dynamomètre permet en revanche d'étudier avec une certaine précision le phénomène de *l'association des mouvements dans les membres similaires*. On sait que chez beaucoup d'hémiplégiques un effort exercé avec la main du côté sain amène un mouvement quelquefois très étendu dans le membre supérieur du côté paralysé, sur lequel la volonté n'a plus son action normale. Chez ces malades, la main paralysée développe des pressions différentes selon qu'elle est aidée ou non par la contraction synergique de la main du côté opposé. Si on fait serrer le dynamomètre avec la main paralysée, l'autre main restant ouverte, la pression atteindra un chiffre x; si alors, sans changer l'instrument de place, on recommence l'expérience en disant au malade de fermer en même temps fortement la main du côté non paralysé, l'aiguille du dynamomètre s'élèvera à $x + n$. Il semble qu'il y ait un entraînement

dont la valeur se mesure par une augmentation de force de plusieurs kilogr. Chez Ben... (n° 4), la main droite se contractant isolément donne 7 kilogr.; entraînée par la contraction synergique de la main gauche, elle donne 12 kilogr. Dans ce cas la différence est de 5 kilogr., c'est la plus forte que j'aie observée; le plus souvent elle ne dépasse pas 3 à 4 kilogr.

Le même phénomène d'association se produit dans les membres inférieurs, mais il est moins net et les différences n'ont jamais, dans mes observations, dépassé 1 kilogr. Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que la contraction volontaire du côté paralysé n'entraîne pas, en général, de contractions synergiques dans le côté non paralysé.

Le fait le plus important et peut-être le plus imprévu que révèlent les recherches dynamométriques appliquées à l'étude de l'hémiplégie, c'est que, *dans l'hémiplégie d'origine cérébrale, la force de pression mesurée par le dynamomètre ne donne pas la mesure exacte de l'impotence fonctionnelle des membres paralysés.* Cette proposition, en apparence paradoxale, est cependant appuyée sur un très grand nombre d'observations.

On peut voir dans les tableaux ci-dessus que chez un certain nombre de malades, les chiffres fournis par le dynamomètre sont égaux ou presque égaux pour les deux membres symétriques. Les observations n° 8, 16, 28 et 30 en fournissent des exemples.

Malgré cette égalité complète ou presque complète de la force de pression dans les membres symétriques, les malades auxquels je fais allusion sont de vrais hémiplégiques, c'est-à-dire que chez eux les membres d'un côté du corps obéissent imparfaitement aux incita-

tions volontaires. Ils peuvent, il est vrai, exécuter avec énergie, du côté paralysé, un mouvement simple comme la flexion des doigts ou la flexion de la jambe sur la cuisse, mais ils sont incapables d'accomplir avec adresse et précision un mouvement volontaire plus compliqué.

On conçoit très bien qu'il en soit ainsi quand il existe des contractures secondaires qui retardent ou gênent l'exécution des mouvements. Mais cela se produit également chez des [illegible] présentent pas de contracture appréciable. La femı [illegible] Mar... (n° 16) est dans ce cas. Ses deux mains donnent chacune 18 kilogr. de pression, et, malgré tout, elle sent que sa main droite est moins habile que la gauche; elle ne peut exécuter avec elle aucun ouvrage délicat; pour boire, elle tient toujours son verre de la main gauche. Chez certains malades, les membres du côté paralysé peuvent même donner une pression plus forte que les membres symétriques du côté opposé (exemples : Cau... n° 5 et Veg... n° 27), bien que les mouvements volontaires ne soient réellement compromis que du côté de l'hémiplégie.

La paralysie, ou pour employer une expression plus précise, l'impotence fonctionnelle, n'est donc pas en rapport direct et nécessaire avec l'affaiblissement musculaire.

L'étude comparative des forces dans les membres inférieurs chez les hémiplégiques qui peuvent marcher et chez ceux qui en sont incapables, confirme cette conclusion. La conservation ou la perte de la faculté de marcher chez les hémiplégiques, n'est pas en rapport avec l'état des forces dans les membres inférieurs. Beaucoup de malades qui peuvent marcher seuls, avec ou sans canne, n'ont qu'une force de pression très modérée dans les membres inférieurs, tandis qu'au

contraire d'autres malades qui ne peuvent faire un seul pas donnent au dynamomètre des chiffres relativement élevés. En voici des exemples : Boy... (n° 38), hémiplégique gauche depuis quatre ans, sans contracture secondaire, se promène seul, sans canne, dans l'hospice et dans la ville. La force de pression des membres inférieurs est cependant relativement faible, à droite 10 kilogr., à gauche 8 kilogr. And... (n° 9), ne développe pas beaucoup plus de force : à droite 9 kilogr., à gauche 12 kilogr.; cependant il marche seul toute la journée et peut sans grande peine monter et descendre les escaliers. — Au contraire Ség... (n° 30) et Lef... (n° 25) ne peuvent marcher, bien qu'ils aient beaucoup plus de force. Seg..., dont les deux membres inférieurs donnent chacun 15 kilogr., est incapable de se tenir debout seul, et, même quand on le soutient, il lui est impossible de faire quelques pas. Lef..., hémiplégique gauche depuis quatre ans, a plus de force encore (M. I. D., 26 kilogr.; M. I. G., 20 kilogr.). C'est un homme actif dont l'intelligence est bien conservée; mais il est obligé de rester assis toute la journée, incapable qu'il est de faire quelques pas, même en s'appuyant sur une béquille ou en se soutenant contre une table.

En résumé, la force de pression ne donne pas la mesure de l'impotence fonctionnelle. Pour apprécier exactement le degré de paralysie d'un membre, il ne suffit pas de connaître l'énergie avec laquelle il peut exécuter un mouvement simple; il faut lui faire accomplir un mouvement délicat ou compliqué exigeant une certaine surveillance cérébrale. On verra alors, non sans étonnement, que tel malade dont la main droite paralysée fournit 20 ou 30 kilogr. de pres-

sion au dynamomètre, mange cependant sa soupe de la main gauche et qu'il est incapable d'écrire, de coudre, d'enfiler une aiguille, etc., bien que ces actes n'exigent qu'un très faible déploiement de forces. De même pour les membres inférieurs qui peuvent avoir la même valeur dynamométrique sans avoir pour cela la même valeur fonctionnelle. J'ai vu plusieurs fois des hémiplégiques dont les deux membres inférieurs développaient exactement la même force de pression, et cependant ces malades ne pouvaient ni se tenir en équilibre, ni sauter sur la jambe du côté paralysé, tandis qu'ils le faisaient sans peine sur la jambe du côté opposé.

En fait, l'état des forces est secondaire. Ce qui est essentiel dans la paralysie cérébrale, c'est la perte absolue ou relative de la motilité volontaire. Toute lésion destructive des régions motrices du cerveau produit un affaiblissement musculaire dans les quatre membres. Mais, en général, les membres du côté opposé sont seuls le siège de l'impotence fonctionnelle absolue ou relative qui caractérise la paralysie. Les membres du côté correspondant à la lésion initiale ne présentent, malgré leur affaiblissement, aucune incertitude, aucune maladresse dans l'exécution des mouvements volontaires. Toutefois cette loi n'est rigoureusement exacte que pour les membres supérieurs. La motilité des membres inférieurs paraît être sous la dépendance moins immédiate et moins exclusive des hémisphères cérébraux que celle des membres supérieurs. Aussi observe-t-on quelquefois à la suite de lésions unilatérales du cerveau des troubles bilatéraux et permanents dans les associations synergiques qui sont nécessaires au maintien de l'équilibre dans la

station verticale et dans la marche. Je me contente de signaler pour le moment cette particularité dont

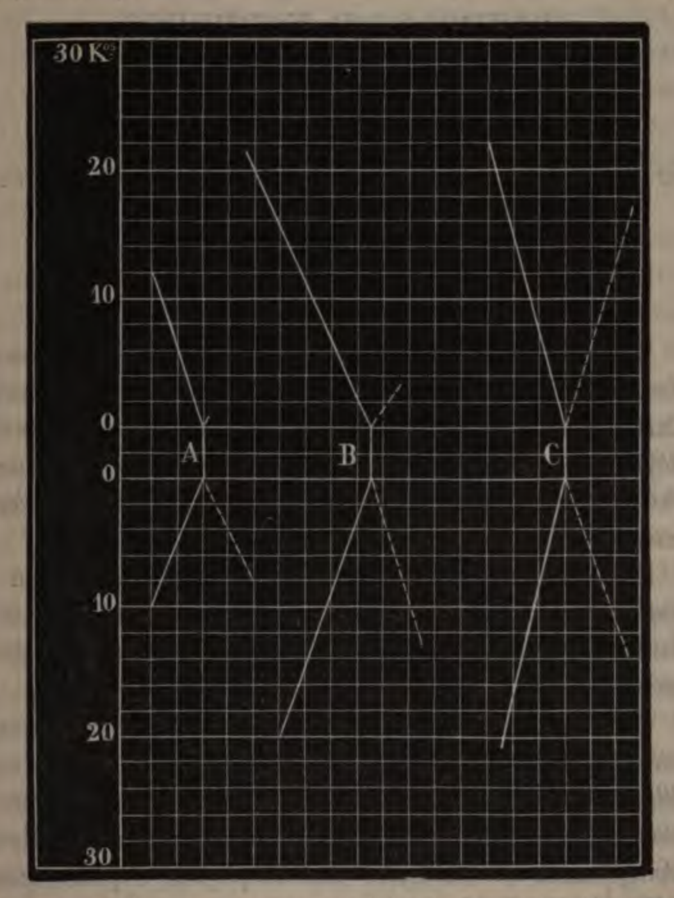


Fig. 1. — Schéma destiné à montrer l'état des forces dans les quatre membres dans un cas d'hémiplégie droite. (Début le 7 février. — A, état des forces le 17 février ; B, le 2 mars ; C. le 3 avril.)

j'essaierai, dans un prochain travail, de fournir l'interprétation anatomo-physiologique.

PATHOLOGIE NERVEUSE

NOTE SUR L'ÉTAT DE LA PUPILLE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES EN DEHORS DES ATTAQUES;

Par Pierre MARIE, interne des hôpitaux.

Dans un mémoire publié en février 1882 (*American Journal of Neurology and Psychiatry*, n° 1) M. Landon Carter Gray (de Brooklyn) déclare, ainsi qu'il l'avait déjà fait en octobre 1880 (*Americ. Journ. med. Sc.*) que chez les épileptiques la pupille présente *en dehors des attaques* des caractères spéciaux.

Notre maître, M. le professeur Charcot, nous a engagé à vérifier le fait sur les épileptiques de son service. Nous donnons tout d'abord une analyse rapide du mémoire de L. C. Gray.

Cet auteur a constaté qu'*en dehors des attaques* les pupilles des épileptiques sont toujours plus ou moins *dilatées*, même avec une lumière vive, et qu'elles éprouvent, sous l'influence des variations de lumière, des *changements de diamètre beaucoup plus rapides* que celles des individus sains. — Sur les soixante-trois épileptiques examinés par l'auteur deux seulement ne présentaient pas ce symptôme, mais c'étaient des vieillards de soixante-cinq à soixante-dix ans, dont les pupilles étaient, par suite de leur âge même, beaucoup moins mobiles.

L'auteur considère ce symptôme comme ayant une valeur suffisante pour permettre en l'absence d'autres signes de faire le diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie, ou de reconnaître l'existence du mal comitial chez les individus dont on n'a pu observer les attaques. — Ainsi, *dilatation manifeste*, *variations plus rapides*, tels sont les caractères attribués par L. C. Gray aux pupilles des épileptiques.

Lorsque nous nous sommes mis en devoir de procéder à la vérification du fait avancé par L. C. Gray, nous avons été tout d'abord frappé d'une chose, c'est que l'auteur n'indiquait ni l'intensité de lumière, ni le procédé de mensuration employé dans ses recherches.

Désirant échapper nous-même à un reproche analogue, nous avons cherché à faire nos mensurations dans des conditions toujours comparables à elles-mêmes, et faciles à reproduire.

Tout d'abord, pour ce qui concerne l'*intensité* de lumière employée, nous avons opéré de la façon suivante : la malade est placée dans une chambre noire dans laquelle il n'y a, comme source de lumière, que deux bougies stéariques ordinaires placées l'une à droite, l'autre à gauche de la malade; chacune de ces bougies est éloignée de quarante-cinq centimètres de l'œil correspondant et ses rayons tombent sur la cornée suivant un angle de 45° par rapport à l'axe visuel. — Pour éviter le rétrécissement de la pupille, qui pourrait être dû aux efforts d'accommodation, on engage la malade à regarder un point peu brillant situé à l'autre extrémité de la chambre noire. Mais en même temps que nous examinions les pupilles par cette méthode, nous recherchions aussi leur état à la lumière du jour. La

malade était dans une pièce éclairée par deux rangées de fenêtres ; toutes les fenêtres sauf une étaient fermées par des rideaux de toile écrue; la malade était placée à trois mètres de la fenêtre laissée libre qui donnait sur une cour plantée d'arbres encore peu garnis de feuilles; temps clair, mais légèrement couvert; les mensurations ont eu lieu en trois jours différents.

Maintenant que nous avons exposé les conditions d'intensité lumineuse dans lesquelles nous avons opéré, il nous reste à indiquer par quel procédé nous avons fait les mensurations.

Ce procédé est celui recommandé par Hutchinson (*The Brain*, vol. I). Il consiste à prendre comme échelle des pupilles une filière de sondes, et à l'appliquer près de l'œil à examiner; on compare alors la pupille aux différents trous qui composent la filière et on arrive facilement à trouver celui dont les dimensions s'en rapprochent le plus; on n'a plus qu'à lire le numéro et à en déduire le diamètre ce qui est facile si on se sert d'une filière graduée par tiers de millimètres comme celle d'Aubry dont nous avons fait usage.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivé sur cinquante-trois femmes épileptiques appartenant toutes au type classique.

DIAMÈTRES en millimètres.	LUMIÈRE DU JOUR.	LUMIÈRE ARTIFICIELLE dans la chambre noire.
3 »	3	»
3 1/3	3	»
3 2/3	7	2
4 »	4	5
4 1/3	3	4
4 2/3	4	3
5 »	3	2
5 1/3	6	5

DIAMÈTRES en millimètres.	LUMIÈRE DU JOUR	LUMIÈRE ARTIFICIELLE dans la chambre noire.
5 2/3	2	2
6 »	10	6
6 1/3	4	3
6 2/3	2	11
7 »	1	4
7 1/3	»	5
7 2/3	1	2
8 »	»	1

Dans une autre série d'expériences nous avons cherché quel était le diamètre de la pupille chez dix infirmières en bonne santé; en les plaçant dans la chambre noire avec la même intensité de lumière, nous avons trouvé que ce diamètre était de :

DIAMÈTRES EN MILLIMÈTRES	NOMBRE DES SUJETS
4 1/3	1
5 2/3	1
6 »	2
6 1/3	2
6 2/3	1
7 2/3	2
8 »	1

C'est-à-dire que la moyenne du diamètre de la pupille chez les sujets sains serait de 6 1/3, bien entendu avec l'éclairage que nous avons indiqué. Ce chiffre concorde d'ailleurs complètement avec celui que Follin attribue à la pupille normale (*Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 205).

On voit que nos mensurations sont loin de confirmer les faits avancés par L. C. Gray; bien au contraire, s'il nous fallait absolument conclure dans un sens nous devrions plutôt admettre que chez les épileptiques la pupille est rétrécie. Mais nous ferons remar-

quer toutefois que, parmi nos malades, un certain nombre sont âgées de plus de cinquante ans et ont par cela même une tendance au rétrécissement de la pupille, tandis que c'est chez les malades jeunes que nous avons rencontré les pupilles les plus larges. C'est ainsi que, si nous prenons les dix malades dont les pupilles avaient dans la chambre noire un diamètre de sept millimètres et au-dessus, nous constatons que

7 sont agées de 20 à 25 ans.
2 — — de 28 ans.
1 — — de 35 —

Nous joignons d'ailleurs à notre travail un tableau de l'âge des malades que nous avons examinées.

De 20 à 30 ans.	21
De 30 à 40.	8
De 40 à 50.	7
Au-dessus de 50.	17

Parmi ces dernières, une était âgée de soixante-dix-sept ans, une de soixante-neuf, une autre de soixante-sept ans.

Quant au second caractère attribué par L. C. Gray à la pupille des épileptiques, la rapidité plus grande de sa contraction, nous déclarons qu'il ne nous a pas été donné de l'observer chez une seule des malades que nous avons examinées.

Ajoutons que sur nos cinquante-trois malades, nous en avons rencontré huit chez lesquelles existait une inégalité manifeste des pupilles; dans six cas c'était la pupille droite qui était plus large que la gauche; cette inégalité des pupilles était d'environ 1/3 de millimètre;

dans deux cas elle allait jusqu'à 2/3 de millimètre, nous nous bornons à signaler le fait, n'étant actuellement en état d'en tirer aucune conclusion.

MÉDECINE LÉGALE

EXTRAIT D'UN RAPPORT DE MM. LUNIER, FOVILLE ET MAGNAN, AYANT POUR OBJET : 1° DE DÉTERMINER LES CARACTÈRES SPÉCIAUX DU DÉLIRE CHEZ UN MÉLANCOLIQUE, QUI DANS UN ACCÈS D'AGITATION A CAUSÉ LA MORT D'UN DE SES AMIS ; 2° D'INDIQUER LES MESURES A PRENDRE A L'ÉGARD DE CE MALADE SÉQUESTRÉ DEPUIS NEUF ANS ;

Par V. MAGNAN.

G..., âgé de cinquante-trois ans, d'une santé physique robuste, d'une complexion un peu forte, d'un tempérament sanguin, est père de deux garçons bien portants et d'une fille mariée depuis huit ans et sans enfants; ses parents, morts à un âge avancé, avaient joui d'une bonne santé; toutefois, une tante paternelle a été frappée pendant douze ans d'aliénation mentale. Quant à lui, appelé le 1er décembre 1847 aux fonctions d'instituteur public dans la commune de Brunvillers, il s'était toujours bien acquitté de sa tâche et n'avait rien présenté de particulier jusqu'en 1872. A cette époque, il perd en trois mois, son père, une tante et

sa femme ; ces deuils successifs l'impressionnent vivement ; son sommeil se trouble, le travail lui paraît plus pénible et plus fatigant, et sentant ses forces diminuer, il croit devoir recourir, à titre de stimulant, à l'usage de boissons spiritueuses ; il prend de l'eau-de-vie tous les matins et sans jamais arriver à la dose ébrieuse, il se soumet à cette mauvaise hygiène qu'adoptent parfois des gens réputés sobres, qui n'est point assurément le propre de l'ivrogne, mais qui, néanmoins, devient peu à peu un des modes d'empoisonnement alcoolique des plus efficaces. Quoi qu'il en soit, la prédisposition maladive, jusque-là latente, trouve dans le concours fâcheux de ces circonstances, chagrins répétés et excès de boissons, des causes déterminantes suffisantes pour se traduire par un accès mélancolique avec hallucinations pénibles, scrupules, craintes de damnation et idées de suicide. Dès le commencement de janvier, il se montre découragé, il n'a plus de forces, il se croit incapable de continuer ses occupations, et l'avenir pour ses enfants et pour lui s'offre sous les apparences les plus lugubres. Peu à peu il s'imagine être la cause de la mort de son père, de celle de sa femme ; il croit porter malheur à ceux qui l'entourent ; il se reproche tout événement fâcheux dont il entend parler, et il croit avoir amené les désastres de la France. Progressivement l'excitation augmente, il est maudit, se dit le démon, l'Antéchrist ; il sent sur son corps et autour de lui des odeurs de soufre ; il doit en finir, dit-il, avec la vie, il se précipite sur le sol et se contusionne le crâne et la face. Des périodes de calme succèdent à l'agitation, mais il reste toujours sombre, en proie aux mêmes préoccupations pénibles.

Entré à l'asile de Clermont le 26 janvier 1873, les phénomènes aigus disparaissent en quelques jours, mais n'en laissent pas moins du malaise cérébral et une certaine tristesse. Toutefois, au bout d'un mois, très désireux de revenir chez lui, le convalescent obtient sa sortie par l'entremise et sur les instances du maire et de M. Lefèvre, curé de sa commune. Rentré à Brunvillers, le 27 février 1873, il est logé au presbytère où il prend également ses repas. L'amélioration s'affirme de plus en plus, et G..., au bout de quinze jours, se sentant plus solide revient chez lui avec sa mère et sa fille et essaye de s'occuper de la classe; mais les idées sont moins nettes, le travail plus pénible et la fatigue arrive plus vite. Le découragement ne tarde pas à se produire de nouveau, l'insomnie revient, et G..., vers la fin de mars, s'installe encore une fois au presbytère auprès du curé qui, malgré ses soixante-seize ans, veut lui donner des soins. Les troubles cérébraux augmentent, le malade ne dort pas, et devient de plus en plus inquiet. Dans la nuit du 5 au 6 avril, l'agitation s'accuse davantage; G... sort de sa chambre en chemise, marche à grands pas dans le corridor, parlant, criant, demandant de l'air, prétendant qu'il étouffe et cherchant à ouvrir les portes. Le curé accourt pour l'empêcher de sortir, et, probablement poussé par le malade, tombe à l'extrémité du couloir.

Au bout de quelques instants, suivant la déposition de l'abbé P..., couché également au presbytère dans la chambre voisine de celle du curé, G... se mit à gémir, à se lamenter et vint près de l'abbé P..., s'écriant : « J'ai tué mon rédempteur »; on accourt et l'on

trouve, en effet, le curé étendu sans vie, la face contre terre, une plaie à la région frontale gauche, et les narines remplies de sang coagulé; tout à côté une large plaque de sang s'étale sur les dalles en briques du corridor.

D'après le rapport de M. le docteur Bernard, concordant du reste avec la déposition de M. l'abbé P..., il ne semble pas y avoir eu de coups, ni de violences. M. Bernard, dit en effet, dans ses conclusions : « Des faits et observations qui précèdent, je crois pouvoir conclure que la mort est le résultat du choc de la tête sur l'angle de la première marche de l'escalier du grenier déterminé par la chute du corps sur cette partie. »

Et plus loin, M. Bernard ajoute : « L'absence de lésions sur les autres parties du cadavre me fait supposer qu'il n'y a pas eu de lutte ».

Tel est l'événement regrettable qui a précédé la seconde séquestration du malade à l'asile de Clermont; comme après sa première entrée, les accidents aigus, les lamentations, les angoisses, les terreurs, ont eu peu de durée, mais le malade est longtemps resté sous le coup d'une profonde tristesse, il se montrait sombre, taciturne, méfiant; ses facultés paraissaient oblitérées et ce n'est qu'à la longue, au bout de trois à quatre mois, qu'il s'est rendu compte exactement de sa situation.

Depuis lors, jusqu'en 1879, les notes médicales le constatent, il est survenu des phases dépressives alternant parfois avec de l'excitation; mais ces accès diminuant progressivement de durée et d'intensité n'ont plus reparu depuis 1879, ainsi que le constate

le docteur Frièse, à la date du 6 décembre 1880, dans son rapport qui se termine par cette conclusion : « Cependant, vu la longue rémission à laquelle nous venons d'assister sans qu'il ait rien présenté d'anormal dans sa raison, nous pensons qu'on peut acquiescer au désir de ses enfants de le voir revenir au milieu d'eux, en les obligeant à surveiller leur père, à ne jamais l'abandonner complètement à lui-même. Néanmoins, nous ne voulons encourir aucune responsabilité pour cette sortie. »

Depuis cette époque seize mois se sont écoulés et l'état mental de G... n'a subi aucune atteinte; entré au bureau d'admission le 1er mars 1882, rien dans sa tenue, sa conduite, ses réponses, ses écrits, n'a révélé de désordre dans les facultés intellectuelles morales ou affectives; il nous a même été donné d'assister à une sorte d'épreuve en faveur de la résistance des forces mentales de G... Le 18 mars, en effet, il a été pris d'embarras gastrique fébrile, et malgré une fièvre intense, de la dépression physique, l'équilibre n'a pas été rompu et l'intelligence n'a subi aucune atteinte.

De ce qui précède, nous pensons devoir conclure :

1° Que G... a été atteint en janvier 1873 d'un accès mélancolique auquel des causes accidentelles, la mauvaise hygiène et les violents chagrins. ont donné une plus grande activité;

2° Que le malade, sorti à peine convalescent et rendu au même milieu, a été promptement repris des mêmes troubles intellectuels;

3° Que l'événement malheureux qui s'est produit

n'est qu'un accident dans le cours d'un accès vulgaire de mélancolie, et non le résultat d'une impulsion liée à une forme particulière de folie instinctive ;

4° Que G... soit rendu au tuteur, son frère, qui le réclame, en attendant que l'interdiction prononcée par le tribunal soit levée, ce que permettrait l'état mental actuel de G..., s'il croyait devoir en faire la demande.

RECUEIL DE FAITS

Notes et observations sur la microcéphalie ;
Par Bourneville et Wuillamié.

Notre but n'est pas d'entreprendre, quant à présent, une monographie didactique sur la microcéphalie, mais de placer sous les yeux de nos lecteurs plusieurs faits qui nous paraissent propres à éclairer cet intéressant sujet. Toutefois, avant d'aborder l'exposé du premier cas que nous avons observé, il nous semble utile de rappeler deux des travaux les plus importants, faits dans ces derniers temps sur la *microcéphalie*. Le premier, dû à l'un des hommes les plus éminents de notre époque, Charles Vogt, est intitulé : *Mémoire sur les microcéphales ou hommes singes*[1] ; — l'autre, élaboré sous les yeux de Broca, a pour auteur E. Ducatte et porte le titre suivant : *La microcéphalie au point de vue de l'atavisme*[2].

[1] Genève, 1867. In-4° de 210 pages et 26 planches noires.

[2] Thèse de Paris, 1880. In-4° de 96 pages.

OBSERVATION. — *Père, oncle paternel et frère alcooliques. — Mère : pertes de connaissances mal caractérisées. — Grand'mère maternelle : carcinome. — Autre frère : aliéné. — Excès de boissons. — Premier accès d'épilepsie consécutif à une peur à dix-huit ans; délire consécutif ; deuxième accès à quarante-sept ans. — Troisième à cinquante ans. — Vertiges, hallucinations de la vue. — Intelligence médiocre. — Microcéphalie. — Suicide. — Poids de l'encéphale :* 770 *grammes. — Simplicité des circonvolutions cérébrales.*

Chér... (Philibert-Auguste), âgé de cinquante-neuf ans, boulanger, puis infirmier, est entré à Bicêtre le 25 mai 1872 (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. — *Père*, boulanger, alcoolique (vin blanc), mort d'un asthme symptomatique de bronchite chronique avec emphysème à l'âge de soixante-quinze ans; il avait des varices considérables; il n'aurait pas eu d'autre maladie. [Deux *frères*; le plus jeune est mort prématurément, on ne sait de quoi. L'autre a succombé à des *excès de boisson* (vin blanc). — Aucun renseignement sur les grands parents paternels.]

Mère : elle travaillait avec son mari ; elle était maladive. Vers l'âge de quarante à quarante-cinq ans, elle fut, durant trois ou quatre ans, sujette à des *crises* caractérisées de la façon suivante : elle tombait n'importe où, devenait très rouge, mais n'écumait ni ne se débattait. On prétend même qu'elle ne perdait pas connaissance (?). On attribuait ces accidents à la « *force du sang* » ; ils cessèrent à la suite d'une couche. Très active, prompte à se mettre en colère, elle n'avait cependant jamais été sujette à des attaques de nerfs ; morte percluse de douleurs, aveugle et atteinte d'anasarque ; on ignore les maladies qu'elle a pu faire ; elle avait deux hernies, dont l'une s'étrangla à soixante ans et fut opérée avec succès. [*Grand'mère* maternelle morte d'un carcinome de la cuisse; *grand-père* mort de vieillesse à quatre-vingt-huit ans et demi. Deux *sœurs*, l'une bien portante, mère de sept enfants en bonne santé; l'autre morte en couches à quarante-sept ans. Un *frère* mort de fièvre typhoïde.]

Pas de consanguinité. Le mari n'avait qu'un an de plus que sa femme.

Trois enfants. 1° Notre malade; 2° un garçon rhumatisant, qui avait « *une espèce de goutte* » ; il est mort à quarante ans à la suite *d'excès de boisson* (absinthe) ; ses enfants se portent bien; 3° un garçon très maladif « *aurait un peu perdu la tête* » à un moment donné, à la suite de chagrins de famille, mais cela « lui aurait passé », au moment où il allait entrer à Charenton. On ne connaît pas d'autre membre parmi les ascendants ou descendants ayant été sujet à quelque maladie nerveuse.

Notre malade. Bonne santé habituelle, a eu la rougeole, la variole et un abcès de l'oreille. Pas de convulsions ni de cauchemars, ni d'incontinence nocturne d'urine dans son enfance; il n'était pas non plus peureux et n'avait eu aucune espèce de manifestation nerveuse. Caractère vif, et suivant lui, courageux à l'ouvrage. Il dit que, pour son commerce, il était *obligé de boire beaucoup* (vin blanc), mais qu'il ne se grisait pas. Il n'a jamais été très porté pour les femmes, partant pas d'excès vénérien; il fume pour 1 fr. 50 et prise pour 25 centimes de tabac par semaine.

Le *début* de la maladie remonte à l'âge de dix-huit ans. C'est en effet à cette époque que, sous l'impression d'*une vive frayeur* (voleur caché dans la chambre à farine de son père), il eut sa *première crise* : il tomba p[illegible]issance, et se débattit beaucoup pendant 7 à 10 minu[illegible]rit connaissance, eut un peu de délire pendant environ une heure [illegible] s'endormit (c'était à minuit). Le lendemain il ne restait qu'une grande fatigue. Cela paraît avoir été un accès d'épilepsie. Telle est l'origine du mal; quant à son évolution, les renseignements fournis par le malade à son entrée (1872), diffèrent un peu de ceux qu'il nous a donnés dernièrement.

En 1872, il disait à M. J. Falret, qu'à la suite de ce premier accès il s'en serait reproduit d'autres tous les jours pendant un an; puis tous les huit jours pendant six mois; puis de nouveau tous les jours, offrant ainsi une sorte d'intermittence. A nous, au contraire, il déclare que son premier accès a été unique, et que ce n'est qu'à l'âge de 46 ans, en 1869, qu'il a eu son deuxième accès. Nous sommes porté à admettre de préférence cette dernière version : en effet Chér... a été soldat durant quinze ans et il est probable qu'on ne l'aurait pas gardé aussi longtemps s'il avait eu des crises nerveuses. Un autre fait viendrait à l'appui de cette opinion : en 1863, il est déjà venu à Bicêtre après avoir passé par la Préfecture de police; au bout de trois mois, il a été transféré à l'asile d'Armentières, et aucun des certificats consignés sur les divers registres ne mentionne l'existence de crises convulsives observées à cette époque.

Ce serait donc en 1869 qu'il aurait eu *son deuxième accès*. Il était infirmier à Saint-Antoine; en rentrant un soir, il se sentit tout à coup mal à l'aise, et craignant quelque accident, il alla demander dans un poste qu'on le reconduisît à l'hôpital. Il se tenait à peine sur ses jambes et pourtant il n'avait pas bu. Arrivé à la grille, il tomba privé de connaissance, assez brutalement pour casser un banc et se meurtrir les jambes. Ce deuxième accès fut semblable au premier, et suivi d'un délire de deux jours. Le *troisième accès* survint en 1872 alors qu'il retravaillait de son premier état, et fut suivi d'un 4e quelques heures après. Cette fois pas de délire consécutif. Il fut obligé de quitter sa place et entra comme infirmier à la Pitié. A ce moment, la maladie prit une marche rapide, Chér... tombait cinq à six fois par jour; il fut envoyé à Bicêtre par M. Féréol.

Durant les premiers mois de son séjour à l'hospice, on nota seulement de *nombreux vertiges* (15 à 20 par jour) et des *hallucinations* pendant la nuit : « la lumière de la salle lui apparaît comme une aile de moulin qui tourne; il voit aussi le voleur, etc. » Il est encore fait mention sur les registres auxquels nous empruntons ces détails, de tremblement de la main, de fourmillements à la plante des pieds. Si on faisait regarder à Chér... le plafond ou fermer les yeux, il tombait. Quand il marchait, il jetait la jambe, ses bras lui faisaient l'effet d'être de plomb; il se plaignait enfin d'un affaiblissement de la mémoire. — Les accès ont eu la marche suivante :

En 1872.	10	accès.
En 1873.	201	»
En 1874.	15	»
En 1875.	1	»
En 1876.	»	»
En 1877.	1	»
En 1878.	»	»
En 1879	»	»
En 1880	»	»
En 1881	»	»

Etat actuel (16 août 1881). — Le malade n'ayant plus d'accès depuis plusieurs années, demande à passer dans l'une des divisions de l'hospice, afin d'avoir plus de liberté. Avant de procéder à ce passage, nous avons pris les renseignements qu'on va lire :

Tête remarquablement petite, aplatie latéralement, oblongue, vertex assez saillant; *microcéphalie* évidente à première vue.

Diamètre antéro-postérieur (compas Budin).	17 cent.
Diamètre transversal.	12 cent. 2.
Circonférence de la calotte.	48 cent.[1].

La *calotte crânienne* paraît très petite par rapport à la totalité de la tête, si bien que celle-ci représente un ovoïde à petite extrémité supérieure, à grosse extrémité correspondant aux angles du maxillaire inférieur. Le *front* est peu haut (4 cent.), assez large (14 cent.), très fuyant latéralement, il n'est pas aplati sur la ligne médiane et offre la disposition de la grosse extrémité d'un œuf. Les arcades sourcillères sont peu saillantes.

Face régulière : *nez* aquilin et fort; *yeux* ordinaires, iris gris-bleu, pupilles égales; *dents* bien rangées et petites; *voûte palatine*,

[1] On verra plus loin, à l'autopsie, que la circonférence du crâne était beaucoup moindre, ce qu'explique l'épaississement exagéré du cuir chevelu.

régulière, symétrique, assez profonde; *voile*, *piliers*, *amygdales* réguliers; *luette* très longue. — *Cou* normal. — *Thorax*. L'épaule droite est portée plus haute que la gauche. Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont bien conformés; il y a une légère atrophie de la jambe droite, qui, autrefois, a subi une *triple fracture* et que le malade tient continuellement serrée par une bande circulaire « pour la soutenir » : l'*humérus* aurait aussi été fracturé une fois; il n'y a pas de cal manifeste. Au bras droit, cicatrice d'une balle reçue en Afrique, laquelle aurait traversé le biceps.

Organes génitaux : verge très développée, testicules assez gros. Hernie inguinale droite, maintenue par un bandage.

Digestion. — Appétit bon, digestion facile, pas de vomissements, pas de gastralgie, pas de diarrhée, selles régulières; *rate* et *foie* normaux. — *Respiration* : quelques râles sous-crépitants fins aux deux bases des poumons en arrière, sonorité normale. — *Circulation* : peut-être un léger souffle au premier temps et à la pointe; battements du cœur réguliers.

Sensibilité générale normale et égale des deux côtés du corps. — *Vue* un peu basse depuis quelque temps, mais juste; *ouïe*, *odorat*, *goût*, conservés et normaux. — *Force dynamométrique* (Mathieu) : main droite, 37 kil.; main gauche, 40 kil. — *Taille* : 1 m. 61; *poids*, 52 kil. 7.

Peau. — Cheveux grisonnants, jadis noirs, assez abondants; sourcils et cils bien fournis, moustache et barbe grises, autrefois châtains, poils roux au pubis; les jambes sont presque glabres. Pas de trace d'adénite, ni de syphilis, de scrofule ou d'eczéma.

Intelligence. — A première vue, Chér... paraît assez intelligent; ses yeux sont vifs et parfois le regard est assez malin. Son instruction a été un peu négligée, il sait pourtant lire, écrire et faire les quatres règles. Il était adroit dans son métier; il prétend avoir été sergent dans les chasseurs de Vincennes (?). Actuellement il travaille avec la plus grande assiduité au jardin, et gagne le maximum (40 cent. par jour); il économise avec soin, presque avec avarice, l'argent de son gain et passe pour avoir un petit pécule. Il est très sobre ici et ne sort pas. Naturellement gai, il raconte à ses compagnons une suite d'histoires drôlatiques (moyen de faire des petits pains au lait sans lait, etc.). Il est un peu hâbleur en ce sens que, quoi qu'il entende raconter, il a toujours vu plus fort, et bâtit de suite son histoire, ce qui indique une imagination assez active. Il est de plus très chiffonnier et ramasse tout dans ses poches. Il porte toujours sur lui toutes ses richesses : une musette en toile pleine de victuailles, de quatre ou cinq porte-monnaies, de tabatières, de papiers, etc., etc.; une grosse chaîne à laquelle sont appendus son porte-monnaie de service, les clefs des jardinets, son couteau; à la boutonnière, son débourre-pipe. Toutes ses poches sont pleines. Il

a toujours une canne à la main. On voit par ces détails, que ce malade a réellement un cachet tout particulier.

23 *août*. On a trouvé hier, Chér... *pendu* à un clou dans la cave d'un employé. Jamais on n'avait remarqué chez lui de tristesse ni d'idée de suicide; au contraire, ces derniers jours il était tout heureux de passer aux vieillards et de pouvoir, par la suite, sortir librement pour aller voir ses amis. Peut-être était-il un peu soucieux depuis deux jours (?). Le matin, il avait remis son porte-monnaie à son camarade Mong.., en lui recommandant de ne pas l'ouvrir, ajoutant qu'il le reprendrait le soir. A onze heures, il n'avait pas déjeuné et avait seulement bu son vin, il était retourné à son travail à midi et demi jusqu'à deux heures et demie, mais paraissait préoccupé; ensuite il est allé à la cantine de l'hospice avec des amis et, à partir de là, on l'a perdu de vue; on le croyait retourné à son travail. A quatre heures, heure de la rentrée dans le service, on a remarqué son absence et les recherches n'ont fait découvrir que sa veste et sa canne. Enfin, à six heures, on l'a trouvé pendu dans une cave au moyen d'un cordeau de jardinage, les pieds touchant terre, un tréteau devant lui, le corps encore tiède, mais tout secours fut inutile.

Autopsie *le* 24 *août* à 9 heures et demie du matin. — ***Rigidité cadavérique*** très prononcée aux quatre membres et également des deux côtés. La *face* est pâle plutôt que congestionnée, les yeux entr'ouverts, mais non saillants; la langue est un peu tuméfiée et son extrémité fait saillie entre la moitié gauche des arcades dentaires. Au *cou*, il y a un sillon correspondant en avant à la partie supérieure du cartilage thyroïde, montant latéralement à droite de façon à atteindre à un centimètre au-dessous du cartilage de l'oreille, pour reprendre ensuite une direction horizontale et joindre en arrière la troisième vertèbre cervicale. Du côté gauche, il est horizontal et rejoint directement la même vertèbre. Il est plus profond sur la ligne médiane et latéralement qu'en arrière. Il est limité par des lèvres tuméfiées et violacées, la supérieure surtout et dans tout le trajet, l'inférieure en arrière seulement. La peau correspondante est brunâtre. Teint ecchymotique de la région cervicale postérieure et du cuir chevelu, lequel est bouffi, œdématié. Au niveau du sillon, le tissu est lardacé, nacré ; le sterno-mastoïdien est déprimé et on ne trouve pas de sang extravasé et coagulé entre les muscles de la région. Sur le corps aucune trace de violence. Pas de trace d'éjaculation; verge semi-turgide.

Tête. Cuir chevelu excessivement épais. —***Crâne*** très petit. — *Calotte* osseuse dure et dense, *peu épaisse*; frontal, pariétaux, minces. — Pas d'asymétrie appréciable de la base du crâne. — ***Dure-mère*** très épaisse. — ***Poids total de l'encéphale*** : 770 gr. — Pas d'injection de la *pie-mère*. — ***Artères de la base, chiasma, tubercules mamillaires, pédoncules***, réguliers, normaux et symétriques. — ***Cervelet*** et ***isthme***,

130 gr.; *cervelet* seul, 110 gr. — *Hémisphères cérébelleux* égaux; rien à la coupe. — *Protubérance, bulbe, quatrième ventricule*, rien.

Hémisphères cérébraux. — Le droit a 16 centimètres de longueur; le gauche, tout en paraissant plus court à la vue, donne le même chiffre à la mensuration. Il pèse 5 gr. de plus que le droit.

Hémisphère cérébral gauche. — La *pie-mère* s'enlève très facilement; le *ventricule latéral* est petit dans toutes ses parties; rien à la *corne d'Ammon*, ni à la coupe des corps opto-triés.

Face externe. — *Lobule de l'insula* peu plissé; *troisième circonvolution frontale* bien dessinée; *première* et *seconde circonvolutions frontales* très courtes et presque confondues; *frontale* et *pariétale ascendantes* régulières ainsi que le *pli courbe*; les trois *circonvolutions temporales* sont nettes; l[illegible] *courbe*, le *lobule pariétal*, le *lobe occipital* sont très distincts, [illegible]*mples* et sans circonvolution supplémentaire. — D'une façon générale, les circonvolutions sont fermes et remarquablement peu plissées.

Face interne. — La scissure calloso-marginale, les sillons des circonvolutions sont *très profonds*. — La *circonvolution du corps calleux* et la *face interne* de la *première frontale* sont très peu plissées; de même le *lobule paracentral* dont le sillon est reporté en avant; rien de particulier au *lobe carré*, ni au *coin*, qui sont rudimentaires. La quatrième et la cinquième *circonvolutions frontales* sont nettement dessinées. *Scissures* perpendiculaire, externe et calcarine régulières.

Hémisphère droit. — Décortication facile, ventricule latéral très petit; même disposition que du côté opposé, même simplicité des circonvolutions. Pas de sillon au lobule paracentral; rien à la corne d'Ammon.

Moelle. Plusieurs coupes n'ont pas fait découvrir de *sclérose des cordons postérieurs*.

Thorax. Quelques adhérences *pleurales* du côté droit; pas d'ecchymose sous-pleurale. Les poumons s'affaissent incomplétement, ils sont un peu œdématiés. A la coupe, il s'échappe une notable quantité de sang, surtout des lobes inférieurs. Pas d'*emphysème* évident. Les *bronches* sont rosées, un peu injectées; le *larynx* n'offre ni ecchymose, ni fracture. Le *cœur* pèse 350 gr.; pas d'ecchymoses péricardique ni sous-endocardique; quelques plaques laiteuses, surtout sur la face antérieure des ventricules; légère surcharge graisseuse au niveau des sillons; tissu ferme; hypertrophie du ventricule gauche, dont le bord externe est tordu en S: la cavité du ventricule gauche est légèrement rétrécie, et sa paroi mesure trois centimètres d'épaisseur à sa base; légère opacité de la valvule mitrale dont le bord libre est épaissi sur certains points, sans toutefois présenter de nodosités. A l'insertion inférieure d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, on trouve des nodosités calcaires.

Dans le cœur droit accumulation de caillots cruoriques. Sur l'aorte' au-dessous de la carotide primitive gauche, quelques plaques calcaires d'athérome. — Rien aux carotides.

Abdomen. — Aucune altération de l'*œsophage;* la muqueuse *stomacale* offre de nombreuses et fines *ecchymoses* au niveau du petit cul-de-sac, du grand cul-de-sac, et de la courbure; le *foie* pèse 1450 gr ; pas d'ecchymoses, de kyste, ni de calcul; la *rate* pèse 90 gr.; pas d'ecchymoses, ni de périsplénite, normale à la coupe. Les *reins* sont égaux, pèsent 175 gr. chacun, se décortiquent facilement et n'offrent aucune lésion à l'œil nu. — Aucune altération de la *vessie* ni de la *prostate.* Dans le *testicule* gauche, petit kyste séreux entre la tête de l'*épididyme* et la *glande.*

L'histoire de Chér... présente un certain nombre de particularités qui méritent d'être mises en relief.

I. L'*alcoolisme* d'une part, l'existence d'*accidents névropathiques* de l'autre, nous paraissent avoir exercé une action sur la condition cérébrale de notre malade. Cette hypothèse trouve encore sa justification dans ce fait que son frère a été atteint d'aliénation mentale.

II. L'*épilepsie* est survenue à 18 ans, sans aucun prodrome, à la suite d'une peur; sa marche semble avoir été assez singulière. Il y aurait eu une première période durant laquelle on n'aurait observé qu'un accès, suivant une version, ou un certain nombre d'accès portant sur deux années environ d'après une autre version. Ensuite, il se serait produit une rémission, qui se serait prolongée jusque vers 46 ans. Peu après le retour des accès, Chér... est entré à Bicêtre où l'on a noté d'abord de nombreux vertiges, puis des accès multipliés (201 en 1873), enfin une disparition complète des crises de 1877 à 1881.

III. L'*état intellectuel* de ce malade n'offrait rien de bien saillant tout d'abord ; mais un examen plus attentif montrait que si Chér... était doué d'une imagination assez vive, avait une élocution facile, les autres facultés intellectuelles étaient plutôt au-dessous du degré moyen. Ses allures, son bizarre accoutrement, sa manie de collectionner des objets disparates et de peu de valeur, rappelaient ce qu'on observe souvent chez les insuffisants, les imbéciles, etc.

IV. L'*examen du cerveau* est extrêmement curieux : il ne pesait que 640 grammes. Les circonvolutions étaient réduites aux circonvolutions élémentaires: c'est, en quelque sorte, un cer-

veau d'étude, ainsi qu'on peut s'en rendre aisément compte sur les PLANCHES I et II. Toutes sont très distinctes, il n'y a pas de plis de passage. Des sillons assez profonds les séparent nettement les unes des autres. Notons aussi le développement assez accusé des lobes paracentraux et des lobes carrés. Ces derniers, ainsi que les lobes occipitaux, offraient d'assez nombreux sillons superficiels et les circonvolutions, sans être indurées, avaient dans une certaine mesure l'apparence de circonvolutions atrophiées.

Nous publierons prochainement une autre observation de microcéphalie et nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur divers points de l'histoire de Chér..., que, pour le moment, nous croyons devoir laisser de côté.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I

Face convexe de l'hémisphère gauche.

F^1, F^2, F^3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
F. a., frontale ascendante.
P. a., pariétale ascendante.
P^1, P^2, lobules pariétaux, supérieur et inférieur.
P^3, pli courbe.
T^1, T^2, T^3, circonvolutions temporales.
L. O., lobe occipital.

PLANCHE II

Face interne de l'hémisphère gauche.

C. c., corps calleux.
C. c., circonvolution du corps calleux.
F^1, première circonvolution frontale.
H., circonvolution de l'hippocampe.
L. P., lobule paracentral.
L. C., lobe carré.
L. C., coin.
L. O., lobe occipital.
T^4, T^5, quatrième et cinquième circonvolutions temporales.

Note sur un cas d'hémiplégie avec paraplégie spasmodique ; Par Ch. Féré.

Les lésions du cerveau qui atteignent directement ou indirectement le faisceau pyramidal, dans sa totalité ou dans sa plus grande partie, déterminent une hémiplégie qui siège, dans l'immense majorité des cas, du côté opposé à la lésion. Cependant on a pu observer quelquefois une hémiplégie, reconnaissant pour cause une lésion de l'hémisphère correspondant. Ce sont ces cas exceptionnels qui ont pu faire croire qu'il n'y avait aucune relation entre la localisation anatomo-pathologique et la localisation symptomatique. Mais ces cas exceptionnels s'expliquent par cette circonstance que, comme l'ont montré M. Fleschsig, puis M. Pierret, l'entrecroisement des pyramides peut faire complètement défaut. En outre, entre l'entrecroisement complet considéré comme normal, et l'absence totale d'entrecroisement, il existe des intermédiaires nombreux ; il résulte de là que, chez un certain nombre de sujets du moins, chaque moitié du corps se trouve en connexion avec les deux hémisphères cérébraux, et que chaque hémisphère a une action bilatérale sur les membres, l'action croisée, toutefois, restant toujours de beaucoup la plus importante.

Les relations bilatérales de chaque hémisphère rendent compte non seulement des phénomènes de parésie que l'on observe quelquefois du côté du corps correspondant à la lésion, mais aussi des mouvements associés qu'on peut voir du côté paralysé à propos des mouvements voulus du côté sain.

Dans une récente communication à la Société de biologie[1], M. Brown-Sequard dit que, depuis près de vingt ans, il a été frappé de ce fait que les lésions cérébrales s'accompagnent en général d'une hémiplégie croisée et d'une hémiparésie directe ; si l'hémiplégie est complète et considérable, il y a toujours un

[1] *Recherches ayant pour objet d'établir que les lésions encéphaliques unilatérales, si elles déterminent une hémiplégie complète ou considérable, produisent aussi une parésie dans les autres membres surtout dans l'inférieur.* (*Bull. de la Soc. de biol.*, 1882, p. 28.) — *Faits montrant combien sont variées et nombreuses les voies de communication entre les zones motrices de la surface cérébrale et les membres.* (*Bull. de la Soc. de biol.*, 1882, p. 328.)

certain degré de paralysie du côté supposé sain, et cette paralysie est surtout marquée dans le membre inférieur. M. Charcot a fait la même remarque.

Cette notion se trouve en rapport avec ce fait, déjà signalé par M. Déjerine[1], de diffusion des phénomènes spasmodiques du côté paralysé vers le côté supposé sain. Du côté opposé à l'hémiplégie, on peut provoquer la trépidation spinale, soit en la cherchant directement par les procédés ordinaires, soit en l'excitant du côté paralysé.

Cette exagération des réflexes tendineux n'est autre chose qu'une manifestation atténuée de la contracture, qui elle aussi peut, après un temps plus ou moins long, s'étendre du côté sain, comme M. Brissaud en rapporte un exemple[2].

L'observation suivante appartient à ce dernier groupe de faits; mais elle s'en distingue par plusieurs particularités intéressantes.

Dans certains cas d'hémiparésie peu intense permettant la plupart des fonctions, on peut observer, à la suite d'un traumatisme, d'une chute d'une certaine violence, l'apparition d'une contracture[3] dans le membre paralysé qui a été soumis au choc. Ici, il s'agit bien d'une contracture survenue à propos d'une irritation périphérique chez une hémiplégique; mais cette contracture porte sur la jambe saine.

OBSERVATION. — *Hémiplégie droite très améliorée; — irritation périphérique et choc sur la jambe gauche; — paraplégie spasmodique.*

M. Lav..., de Jonzac, quarante-sept ans, d'une vigoureuse constitution, pas de rhumatismes. Pas d'antécédents nerveux. Vers l'âge de vingt-cinq ans, il aurait eu un chancre, à la suite duquel il aurait eu des maux de gorge et des plaques sur le scrotum; depuis plus de vingt ans, il n'a plus eu rien de ce genre; il ne se rappelle pas avoir jamais eu d'affection cutanée quelconque.

En 1868, à l'âge de trente-trois ans, il fut pris deux fois, à huit jours d'intervalle, de perte de connaissance, qui, la dernière fois, aurait duré douze heures. Ces deux attaques, sur lesquelles le ma-

[1] *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 1878.

Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques, 1880, p. 188.

[3] Brissaud, *loc. cit.*, p. 192.

lade ne peut donner que des renseignements très vagues, n'ont été suivies ni de paralysie, ni de vomissements, etc. Elles n'ont été précédées ni suivies de céphalalgie.

A quelque temps de là, le malade se réveilla un matin avec une hémiplégie droite complète, la face était prise. Il n'est pas sûr qu'il y ait jamais eu aphasie complète, mais il y a eu un très grand embarras de la parole qui laisse encore des traces.

L'hémiplégie motrice était complète; mais on ne peut savoir s'il y eut des troubles de la sensibilité. Au bout de peu de jours, les mouvements revinrent, d'abord dans le bras, puis dans la jambe; mais tandis que le bras a repris à peu près complètement ses fonctions, la jambe est toujours restée faible. Le malade pouvait cependant marcher assez pour remplir un service actif dans les chemins de fer.

L'année dernière, vers le mois de mars, il commença à remarquer que sa jambe droite s'affaiblissait un peu et que la jambe gauche était un peu moins solide. Cet état s'accentua peu à peu; il fit une saison à Néris. Quand il revint, ses deux jambes étaient à peu près aussi faibles l'une que l'autre; mais il pouvait encore marcher assez aisément. C'est alors qu'on lui donna le conseil de frictionner sa jambe paralysée avec de la pommade stibiée (vers le mois de novembre 1881). A partir de ce moment, la jambe droite se raidit, et la jambe gauche s'affaiblit de plus en plus et prenait également un certain degré de rigidité. La marche était devenue très difficile mais il pouvait encore agir un peu dans son bureau, quand, au mois de décembre 1881, il se laissa tomber sur le pied gauche une presse à copier. La contusion assez violente le fit rester au lit pendant plusieurs jours; et quand il voulut se lever, les deux jambes étaient tout à fait raides, dans l'adduction, les genoux rapprochés, et ne s'écartant qu'avec une certaine difficulté, et la marche était devenue très pénible. C'est dans cet état qu'il est venu trouver M. le professeur Charcot qui nous l'a confié.

Etat actuel, 24 janvier 1882. Le malade ne peut marcher qu'en s'appuyant sur une canne et soutenu d'autre part par une personne. Il s'avance les deux jambes serrées l'une contre l'autre, en faisant de petits pas et en traînant la pointe des pieds; c'est à peine si les talons touchent le sol. Chaque fois que le malade avance un pied, on voit son corps s'incliner du côté opposé comme si le membre qui entre en jeu était à la fois trop long et trop lourd. Quand il s'arrête et qu'il reste debout, immobile, on le voit au bout d'un instant prendre une expression d'inquiétude, et ses jambes se mettent à trembler. Lorsqu'il est assis il reprend un peu de calme et la trépidation cesse pour reparaître quand on lui fait croiser les deux jambes l'une sur l'autre : on voit alors le pied qui supporte le poids des deux membres se redresser sur la pointe et s'animer de mouvements de trépidation d'amplitude progressive-

ment croissante. En redressant la pointe du pied, on provoque très facilement la trépidation spinale, qui ne s'épuise que très lentement. La percussion du tendon rotulien détermine une trépidation qui se prolonge et se généralise aux deux membres inférieurs et au membre supérieur droit.

La trépidation du pied et l'exagération du réflexe rotulien avec la généralisation du tremblement se produisent avec la même intensité, que l'on agisse sur la jambe droite ou sur la jambe gauche. Le malade affirme toutefois que la trépidation spontanée qui se manifeste, soit lorsqu'il est couché, soit lorsqu'il est assis ou debout, se produit plus fréquemment et avec plus d'intensité dans la jambe gauche, qui lui semble aussi plus raide. Quand on veut imprimer aux membres inférieurs des mouvements passifs, on éprouve une résistance très manifestement anormale.

Les réflexes tendineux sont exagérés au bras droit; mais ils existent à peine au membre supérieur gauche qui paraît complètement intact.

La sensibilité au contact, à la douleur, à la température, sont intacts sur toute l'étendue du corps. La sensibilité à la pression est peut-être diminuée à droite. Les pièces de monnaie lui paraissent moins lourdes dans la main droite; mais il n'y a guère qu'une différence de dix à quinze grammes. Pas de troubles des sens spéciaux, rien en particulier du côté de l'œil (examen du champ visuel et de l'acuité visuelle).

Quand le malade a prononcé deux ou trois phrases, il se met à pleurer ou à rire avec une expression bête, bien qu'il ait parfaitement conscience qu'il n'y a matière ni à pleurer ni à rire. Sa mémoire est parfaitement intacte, et son intelligence suffisante pour qu'il ait pu remplir successivement les fonctions de chef de gare et d'inspecteur du matériel dans une compagnie de chemins de fer; mais depuis sa première attaque cette émotivité a subi quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation sans jamais cesser.

Les fonctions organiques s'accomplissent parfaitement, l'appétit est bon, les digestions sont faciles. Jamais de troubles de la défécation. Le sommeil est seulement agité et le malade est souvent réveillé par de brusques soubresauts de ses membres inférieurs. Il en résulte un état d'affaiblissement général.

Sur l'avis de M. Charcot, le traitement consiste en pointes de feu révulsives le long de la colonne vertébrale. Hydrothérapie et polybromure d'Yvon. Ce dernier médicament ne put être supporté et fut remplacé par de faibles doses d'ergot de seigle, 0,20 centigr. avant chaque repas pendant des périodes de quatre jours séparées par des intervalles de trois jours.

Le traitement hydrothérapique, dirigé par M. Pascal, consista en douches froides en jets brisés dirigés exclusivement sur le tronc en épargnant particulièrement les membres inférieurs.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora rapidement, l'excitabilité réflexe des membres inférieurs s'amenda.

Quand il vint nous voir le 23 mars, l'état spasmodique avait subi une recrudescence depuis la veille. Les deux jambes avaient repris à peu près leur rigidité primitive, le malade marchait de nouveau sur la pointe des pieds et sa démarche était fort incertaine. La veille il était arrivé en retard à l'établissement hydrothérapique et sa douche lui avait été donnée, non par le médecin, mais par un doucheur qui, non prévenu, avait dirigé le jet sur les membres inférieurs. Immédiatement après il s'était senti les jambes raides et il était resté dix heures sans pouvoir uriner.

La rigidité des membres et la difficulté de la miction a persisté pendant trois ou quatre jours, puis le mieux a continué à s'acccentuer.

Quand le malade a quitté Paris au commencement de mars, le membre inférieur droit (côté hémiplégique) était à peu près dans le même état où il se trouvait avant l'accident, c'est-à-dire que la rigidité y était à peu près nulle. Dans le membre inférieur gauche, qui était le siège de réflexes patellaires bien plus exagérés encore que le droit, la rigidité spasmodique était encore considérable, et il existait encore de temps en temps de la trépidation spontanée, mais il marchait et pouvait faire plus d'un kilomètre, aidé seulement d'une canne.

Dans une lettre datée du 6 mai, le malade nous affirme que son membre inférieur droit se maintient dans l'état où il était autrefois quand il se considérait comme guéri de son hémiplégie; mais sa jambe gauche est toujours un peu raide et tremble encore de temps en temps spontanément.

Les phénomènes paraplégiques se sont manifestés spontanément, sans choc spécial, sans réaction, dans le membre inférieur sain, longtemps après l'apparition de la lésion cérébrale ; puis à la suite d'une irritation cutanée portant sur le membre inférieur droit, le plus anciennement et le plus gravement atteint, il s'est produit dans ce membre un certain degré de rigidité ; et enfin, à propos d'un traumatisme atteignant le membre inférieur gauche resté sain longtemps après l'attaque, il est survenu une rigidité beaucoup plus considérable de ce dernier qui est resté en définitive le plus affecté.

Ce fait est bien propre à montrer la relation bilatérale qui existe entre chaque hémisphère cérébral et les deux côtés du corps et surtout les deux membres inférieurs. Il met en outre en lumière l'influence du traumatisme sur le développement de la contracture, lorsqu'il existe dans la moelle épinière une lésion capable de déterminer une exagération de l'excitabilité réflexe.

Un autre malade que nous avons observé récemment et qui présentait, avec une certaine faiblesse intermittente des jambes, divers troubles céphaliques permettant de faire reconnaître une sclérose en plaques au début, a vu la contracture des deux membres inférieurs se développer aussi rapidement, sous l'influence d'une irritation cutanée ; il se plaignit un jour à son médecin d'une douleur, peu intense d'ailleurs, mais persistante, au niveau de la hanche droite : on appliqua un vésicatoire, et le lendemain les deux membres inférieurs étaient complètement rigides, appliqués l'un contre l'autre, agités de temps en temps, quand la pointe du pied venait à toucher le sol, d'une trépidation très intense ; la parésie des deux membres s'étant transformée, pour ainsi dire, instantanément en une paraplégie spasmodique.

Du reste, l'influence du traumatisme sur le développement des phénomènes spasmodiques et de la contracture, est bien mise en évidence par l'incident qui s'est produit à propos d'une douche maladroitement appliquée pendant le cours du traitement de notre premier malade.

D'ailleurs, le développement de ces phénomènes sous l'influence d'un traumatisme dans certaines lésions matérielles de la moelle épinière, peut-être rapproché de ce qu'on observe quelquefois chez les hystériques, chez lesquelles il existe une hyperexcitabilité réflexe analogue due à un simple trouble fonctionnel. Il n'est pas très rare de voir chez ces sujets une contracture se développer à la suite d'un traumatisme même léger, surtout s'il porte au voisinage d'une articulation[1].

Il résulte de ces faits que dans les cas d'affections spinales à tendances spasmodiques, il faut éviter les applications révulsives sur les membres, et en particulier au voisinage des articulations ; les topiques irritants, inoffensifs en apparence, et qu'on peut être tenté d'appliquer pour soutenir la patience du malade, peuvent avoir les plus regrettables conséquences.

Dans ces affections les révulsifs et notamment les pointes de feu légères sont souvent très utiles, mais on doit se borner à les appliquer le long de la colonne vertébrale.

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*. T. Ier, 4e édition, 1880. Appendice, p. 446. — *Progrès médical* 1882, p. 413.

REVUE CRITIQUE

LE FAISCEAU SENSITIF ET LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LES CAS DE LÉSIONS CÉRÉBRALES;

Par GILBERT BALLET,
Chef de clinique à la Faculté de médecine.

BIBLIOGRAPHIE :

I. ANATOMIE DU FAISCEAU SENSITIF. — Gratiolet et Leuret, *Anatomie comparée du systéme nerveux*, 1839-1857. — Meynert, *Stricker's handbuch*, 1872. — Huguenin, *Anatomie des centres nerveux*, trad. de Keller. Paris, 1879. – Charcot, *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau*, 1876. — Luys, *Recherches sur le systéme nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. — G. Ballet, *Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau*. Paris, 1881.

II. DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES LÉSIONS DE LA CAPSULE INTERNE ET DE SON VOISINAGE. — Turck, *Sizungsbericht der Kais. Akademie des Wissenschaften zu Vien*, 1859. — Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1872. — Magnan, *De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique*, in *Gaz. hebd.*, 1873. — Veyssière, *Th. de Paris*, 1873, et *Arch. de Phys.*, 1874. — Raymond, *Etude sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques*. Paris, 1876. — Lafforgue, *Rapports des lésions de la couche optique avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale*. Paris, 1877.

III. DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES LÉSIONS DU CENTRE OVALE OU DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE. — Flourens, *Recherches expérimentales sur les fonctions et les propriétés du système nerveux*. Paris, 1862. — Ferrier, *Les fonctions du cerveau*, Tr. Fr. Paris, 1878, et *De la localisation des maladies cérébrales*, Paris, 1880. — H. Munk, *Zur phys. der grosshirnrinde, Verhandl. der. phys. Gesellsch. zu Berlin*, 1877. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*

1877. — *Verhand der phys. Gesellschaft zu Berlin*, 1878 et 1880. — Lucciani et Tamburini, *Sulle funzioni del cervello. Recerche sperimentali. Secunda communicazione; centri psico-sensori corticali.* Torino, 1879. — Goltz et Gergens, *Pfluger's Arch. Bd. XIII.* — 2e mémoire, même recueil, Bd. XV. — Goltz. *Communication au congrès médical international de Londres*, 1881. — Brown-Sequard, Mémoires et recueils de faits divers in *Arch. de phys.*, 1878 et 1879 et in *The Lancet*. — Communications à la *Société de biologie*, 1878 et 1879. — L. Couty, Communications à la *Société de biologie*, 1881 et *Archiv. de physiologie*, 1881. — Schiff, *Congrès de Genève*, 1878. — R. Tripier, *De l'anesthésie produite par les lésions des circonvolutions cérébrales.* (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, nos 1 et 2, 1880).— Nothnagel, *Topische diagnostik der Gehirn krankeiten.* — J. Grasset, *Des localisations dans les maladies cérébrales.* Paris, 1880. — Exner, *Untersuchungen über die localisation der functionen in der Grosshirnrinde des menschen.* Wien, 1881.

Il s'agit ici moins d'une revue que d'une analyse, celle d'un travail paru il y a déjà plus d'un an. Peut-être la trouvera-t-on tardive. Les circonstances ont voulu qu'elle le fût. D'ailleurs (pourquoi ne l'avouerions-nous pas ?) il y a eu de notre part quelque préméditation à ce retard. A mesure qu'une opinion vieillit, il s'établit un contrôle qui permet d'en mieux apprécier la valeur, et de juger plus sainement de la portée des documents produits. Avec le temps les idées mûrissent, si elles ne disparaissent oubliées ; dans tous les cas, les angles, si angles il y a, s'émoussent, et de loin les problèmes soulevés apparaissent mieux sous leur véritable point de vue.

La question des troubles de la sensibilité dans leurs rapports avec les lésions du cerveau est une des plus complexes qui se puissent présenter en pathologie, et les solutions auxquelles, sur ce sujet, nous nous sommes arrêtés sont celles qui nous ont semblé découler naturellement de l'interrogatoire attentif des faits, interrogatoire que nous avons poursuivi sans parti pris ni idée préconçue. Les observations nouvelles produites depuis le commencement de l'année dernière, et dont nous avons recueilli les détails dans les diverses publications, ou à la Société anatomique, ne sont pas de nature à nous porter à modifier, sur les points fondamentaux du moins, nos idées d'antan. Toutes celles qui sont susceptibles d'être interprétées en vue

du but qui nous a préoccupé, viennent au contraire à l'appui des conclusions que nous avions cru devoir formuler et que nous résumerons ici aussi brièvement que possible.

Lorsqu'il s'agit de déterminer le rôle d'un organe ou des divers départements d'un organe, l'anatomie, la physiologie, la pathologie, se prêtent un utile et mutuel concours : l'anatomie, en nous initiant d'une façon plus ou moins précise aux détails de la morphologie de cet organe, de sa structure intime, de la disposition respective de ses parties élémentaires; la physiologie en réalisant des lésions artificielles dont on peut étudier avec plus ou moins de facilité et d'exactitude les conséquences fonctionnelles; la pathologie enfin en créant spontanément ces mêmes lésions, souvent plus délicates et mieux isolées que ne saurait les faire l'expérimentateur le plus habile. La nécessite qu'il y a à mener de pair ces trois méthodes d'étude ne saurait plus être contestée et ce serait faire preuve de peu d'esprit philosophique que de vouloir confisquer au profit de l'une d'entre elles, de l'expérimentation par exemple, le privilège de concourir à la détermination des fonctions organiques, quand toutes trois se partagent ce privilège.

Aussi bien, lorsqu'on se propose d'envisager le cerveau au point de vue de son rôle, en tant qu'organe de perception, l'anatomie, la physiologie, la pathologie doivent-elles être interrogées tour à tour ? C'est là ce que nous avons cherché à faire ailleurs.

Toutefois il sera exclusivement question, dans cette revue, des renseignements que nous avons demandés à l'anatomie et à la pathologie. Bien que dans le travail, dont nous donnons ici l'analyse, nous nous soyons attaché à exposer aussi complètement que possible les résultats qui découlent des recherches expérimentales, comme nous n'avons sur ce terrain apporté aucune vue personnelle, nous nous contenterons en ce qui y affère, de renvoyer le lecteur à la bibliographie assez détaillée qui figure en tête de cet article.

I.

ESSAI DE DÉTERMINATION ANATOMIQUE DU TRAJET INTRA-CÉRÉBRAL DES FIBRES SENSITIVES.

Il n'est plus douteux que les circonvolutions cérébrales soient le siège des organes de perception. Les idées émises il y a

quelques années, par différents auteurs sur le rôle que joueraient, à l'égard des fonctions de sensibilité, la protubérance (Gerdy, Longet, Vulpian) ou la couche optique (Carpenter, Luys, Broadbent), ne sauraient plus être admises aujourd'hui. Un fait d'observation anatomo-clinique vulgaire, suffit à les réfuter : une lésion siégeant à la partie postérieure de la capsule interne, sur un point que nous préciserons plus loin, bien au-dessus de la protubérance par conséquent, et en dehors de la couche optique, peut en interrompant la conductibilité centripète amener l'abolition complète de la sensibilité dans le côté du corps opposé. Ce qui revient à dire que les centres percepteurs sont situés au-dessus du point lésé, dans l'écorce du cerveau. A ce sujet il ne s'élève, que nous sachions, aucune contestation sérieuse. Si la protubérance est à bon droit considérée comme un centre réflexe, nul ne songe plus à y placer le siège des sensations conscientes. Quant à la couche optique, pas plus la pathologie (Luys) que l'expérimentation physiologique (Schröder van der Kolk, Todd, Carpenter) n'autorise à y localiser les centres de perception. Les noyaux qu'on y a minutieusement décrits existent peut-être, moins individualisés toutefois qu'on ne l'a dit, mais il ne jouent pas le rôle prépondérant et bien déterminé qu'on leur avait départi. Cette question des fonctions sensitives de la couche optique a d'ailleurs été très longuement et fort bien traitée par notre ami Lafforgue, dont l'intéressant travail a puissamment contribué à faire définitivement justice d'une opinion contredite par les faits. Il importe de remarquer toutefois qu'un certain nombre de fibres nerveuses venues de la périphérie, fibres des nerfs optiques et peut-être olfactifs, paraissent traverser la couche optique avant de gagner la couronne rayonnante. Il semble que ce noyau gris soit pour ces fibres une sorte de centre de relai. C'est un point d'ailleurs sur lequel nous allons avoir à revenir.

Il reste donc établi que les impressions sensitives sont perçues par les couches corticales du cerveau. De la périphérie à l'écorce cérébrale ces impressions parcourent un chemin compliqué, dont nous ne voulons étudier ici que la deuxième étape, l'étape intracérébrale.

Rappelons en deux mots néanmoins quel est ce trajet, dans sa première partie.

Les impressions recueillies à la périphérie par les nerfs de

sensibilité générale ou spéciale arrivent à la moelle par les racines postérieures ou au bulbe par l'intermédiaire des nerfs spéciaux. Puis elles suivent dans l'axe médullaire, dans le bulbe et la protubérance, une voie souvent détournée et qui n'est pas parfaitement définie.

Certaines données cependant sont acquises : 1° le trajet des sensations dans la moelle n'est ni régulier ni constamment le même, la conductibilité centripète de l'organe est dans une certaine mesure indifférente (expérience de M. Vulpian); 2° les fibres des cordons postérieurs jouent le rôle de commissures ; la substance grise est l'intermédiaire obligé entre ces commissures, elle constitue à proprement parler l'axe conducteur; 3° certaines parties de cette substance grise (cornes postérieures, surtout la base de ces cornes) paraissent spécialement affectées à la conductibilité (Recherches de Brown-Séquard, Mac-Donnell); 4° enfin les conducteurs sensitifs subissent une décussation dans leur trajet spino-bulbaire (entrecroisement médullaire de Brown-Séquard, entrecroisement bulbaire de Meynert, Duval et Sappey) si bien que ceux de droite occupent le pédoncule cérébral gauche, et réciproquement.

Au niveau de ces pédoncules les fibres centripètes, jusque là éparpillées, se réunissent, se groupent à la partie externe de l'étage inférieur, en dehors des faisceaux moteurs (pyramidal et autres). C'est là que commence, à proprement parler, le *faisceau sensitif*[1].

Telles sont en deux mots les voies parcourues par les impressions sensitives de la périphérie à la base du cerveau : nous avons maintenant à suivre dans l'intérieur de cet organe le faisceau que nous venons de voir longer le bord externe du pédoncule. C'est là ce que nous nous sommes efforcé de faire, en mettant à profit un procédé de préparation qui nous paraît appelé à rendre de réels services.

Quand nous avons abordé la question, on savait déjà par les faits cliniques et expérimentaux que le faisceau sensitif occupe

[1] Dans les descriptions de Meynert, auquel on peut attribuer la paternité du mot : *faisceau sensitif*, ce terme sert à désigner seulement le groupe de fibres qui, émanées de la partie postérieure de la capsule, se rendent, d'après l'auteur, aux circonvolutions occipitales. Nous avons élargi la signification de ce mot, et nous nous en sommes servi pour désigner l'ensemble des voies de conduite centripètes dans leur trajet medullo-cérébral, par opposition aux termes *faisceau moteur*, ou *faisceau pyramidal*.

la partie postérieure de la capsule interne, situé qu'il est immédiatement en arrière du faisceau pyramidal. On possédait d'autre part une intéressante description de Meynert où l'on trouve esquissé le trajet des fibres sensitives de la capsule interne à l'écorce; Meynert indique avec précision l'existence d'un faisceau de fibres qui se détache du pédoncule cérébral, derrière l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire, pour se diriger aussitôt après en arrière vers la pointe du lobe occipital, et celle d'un autre tractus, déjà décrit par Gratiolet, sous le nom d'*expansions cérébrales optiques* et dont les fibres émanées des corps genouillés et de la couche optique côtoieraient celles du premier faisceau, en dedans et au-dessous desquelles elles sont situées, pour aboutir aux circonvolutions temporales.

Meynert, on le voit, a simplement envisagé le faisceau sensitif sur des coupes horizontales; de là la brièveté des détails dans lesquels il entre, et l'insuffisance de sa description, qui, quelque exacte qu'elle soit, a le défaut de ne rien nous apprendre sur la façon dont ce faisceau se comporte en haut, en bas, latéralement, en un mot sur la manière dont il s'épanouit. Nous avons cherché à combler cette lacune, en nous laissant guider par les précieuses indications que nous trouvions dans les importants travaux de l'éminent professeur de Vienne.

Deux mots d'abord sur le procédé de préparation des cerveaux dont nous nous sommes servi pour cette étude.

En lui-même, le procédé n'est pas nouveau; il s'agit de la macération prolongée dans le bichromate de potasse. Il y a longtemps que ce liquide est utilisé pour le durcissement des cerveaux dont on se propose de pratiquer des coupes microscopiques, ou qu'on a l'intention de conserver longtemps à l'abri de la putréfaction[1]. Mais ce qui avait peut-être été insuffisamment indiqué, ce sont les détails de l'emploi du réactif pour le but que nous poursuivions, et le parti qu'on pouvait tirer des colorations imprimées par le liquide à la substance cérébrale en vue de déterminer la direction des certains groupes de fibres dans le centre ovale. M. Brissaud est le premier, croyons-nous, qui ait, au moins en France, mis à profit les propriétés des solutions concentrées de bichromate, pour l'étude macrosco-

[1] M. Variot, notamment (Luys. — Procédé pour la conservation et la momification des cerveaux à l'état sec. — Journal *l'Encéphale*, n° 1) s'est utilement servi dans ce dernier but, du bichromate associé à l'acide phénique.

pique des coupes du cerveau, et d'autre part, personne, que nous sachions, n'avait relevé avant nous les modifications de couleur que la solution communique aux fibres blanches, suivant le sens dans lequel on les sectionne.

Lorsqu'en effet un cerveau a macéré pendant quelques semaines dans le bichromate en solution concentrée, la substance du centre ovale qui, à la coupe, est uniformément blanche sur un cerveau frais, présente des alternatives de coloration jaune clair et brun foncé. La couleur brun foncé est assez prononcée pour rappeler, à s'y méprendre, celle de la substance grise des noyaux centraux ou des circonvolutions, si bien que au premier aspect, on pourrait penser qu'on a affaire à de la substance grise plus ou moins diffuse dans le centre ovale, invisible à l'état frais, mais devenue appréciable grâce à l'action du réactif.

Il est facile de se convaincre que la teinte gris brun correspond aux faisceaux de fibres coupées perpendiculairement à leur axe; tandis que sur une section parallèle à la direction des fibres, celles-ci affectent une coloration jaune clair.

On conçoit le parti qu'il était possible de tirer de cette donnée, que nous nous sommes efforcé d'utiliser.

Nous n'entrerons pas dans les détails que nous avons mentionnés ailleurs; une étude analytique des coupes qui nous ont servi à suivre le faisceau sensitif serait ici déplacée. Nous rappellerons seulement, en quelques mots, la méthode générale à laquelle nous avons eu recours dans nos recherches et les résultats auxquels cette méthode nous a conduits.

Nous avons étudié la disposition du faisceau sensitif successivement sur une coupe horizontale ou plutôt oblique, la coupe de Flechsig, et sur trois coupes verticales. La première nous a permis d'envisager le faisceau suivant sa longueur depuis son origine au tiers postérieur de la capsule interne jusqu'aux circonvolutions occipitales; les autres nous en ont révélé la forme, la hauteur, les dimensions et les irradiations. Ces coupes verticales pourraient être multipliées et même, en vue d'une étude très détaillée, il serait bon de les faire d'avant en arrière aussi rapprochées que possible. Pour la commodité de la description, nous nous sommes arrêté aux trois suivantes : la première, la plus antérieure, que nous appelons coupe *verticale intracapsulaire*, est faite verticalement à la jonction du tiers

postérieur et des deux tiers antérieurs de la couche optique ; en examinant un hémisphère, on se convainct qu'elle tombe en plein faisceau sensitif, sur le point même que, dans leurs expériences, MM. Veyssière et Raymond se sont attachés à détruire chez le chien, et dont la lésion, d'après les idées admises, détermine chez l'homme l'hémianesthésie dite d'origine cérébrale. La seconde coupe, parallèle à la première, est pratiquée à deux centimètres environ en arrière du thalamus, et intéresse la partie la plus reculée du corps calleux ; le faisceau sensitif, qui atteint là ses plus grandes dimensions, y est situé à la partie latérale externe du prolongement occipital du ventricule ; nous l'appelons, à cause de ce fait, coupe *latéro-ventriculaire*. Enfin la troisième est située à un centimètre ou à un centimètre et demi en avant de la pointe du lobe occipital. Elle n'intéresse plus le ventricule qui est tout entier compris en avant ; nous désignons cette coupe sous le nom de *rétro-ventriculaire*.

D'après les caractères de la coloration communiquée par le bichromate aux fibres nerveuses, on conçoit que sur les sections ainsi faites, il sera possible de distinguer celles des fibres qui se dirigent horizontalement en arrière, de celles qui gagnent verticalement ou latéralement les circonvolutions. Les premières seront gris brun, les autres légèrement teintées en jaune. C'est en tenant compte de ce fait que nous sommes arrivé aux conclusions suivantes sur la disposition du faisceau sensitif et sa distribution.

Ce faisceau situé sur le bord externe du pied du pédoncule cérébral, pénètre à travers la capsule interne, dont il occupe la partie la plus reculée (tiers postérieur du segment postérieur). Il reçoit bientôt un certain nombre de fibres, qui lui viennent de la couche optique et des corps genouillés, et qui sont la continuation des fibres centripètes, émanées des nerfs optiques. Le faisceau sensitif est alors constitué au complet; il renferme toutes les fibres de la sensibilité générale ou spéciale. (Carrefour sensitif.)

Mais à peine a-t-il abordé le seuil de l'hémisphère cérébral, que ses éléments constitutifs commencent à diverger, pour se diriger vers l'écorce. Les uns remontent directement et verticalement vers les circonvolutions fronto-pariétales. Les autres fibres se recourbent en arrière et constituent un volumineux faisceau, d'abord plus haut que large, dont les dimensions en

hauteur diminuent à mesure qu'on approche de la pointe du lobe occipital.

La forme du corps du faisceau peut être assez exactement comparée à celle d'une pyramide quadrangulaire à base antérieure, à sommet postérieur. Ce faisceau s'amoindrit en progressant, parce qu'il abandonne, chemin faisant, des fibres aux circonvolutions avoisinantes. De son pourtour, en effet, émanent des irradiations nombreuses qui forment la presque totalité de la partie pariéto-occipitale et, probablement, temporo-sphénoïdale du centre ovale. (*Fig.* 2.)

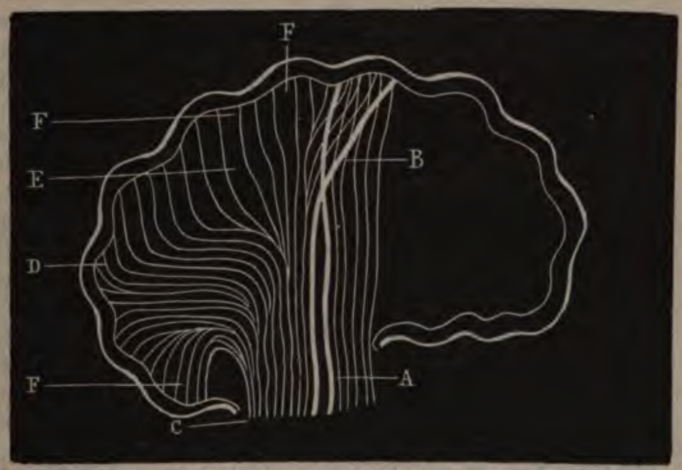


Fig. 2. — Schéma destiné à représenter la distribution générale du faisceau sensitif et de ses irradiations. — A, Faisceau pyramidal au niveau de la capsule. — B, Le même faisceau au voisinage des circonvolutions motrices. — C, Faisceau sensitif au niveau de la capsule. — D, Corps du faisceau sensitif dont les fibres se dirigent horizontalement en arrière. — E, Irradiations vers l'écorce des fibres émanées du faisceau. — F, Circonvolutions.

S'il est difficile de déterminer, avec une certitude absolue, à l'aide de l'observation anatomique seule, quelles sont celles des circonvolutions cérébrales auxquelles vont aboutir les fibres émanées du faisceau sensitif (c'est la pathologie surtout qui doit nous aider à le faire), il devient néanmoins très vraisemblable, en tenant compte des rapports et des connexions du faisceau, et en restant sur le terrain de l'anatomie pure, que les circonvolutions qui peuvent être considérées comme l'abou-

tissant des fibres centripètes, sont les suivantes : les frontale et pariétale ascendantes, tout au moins dans leur partie supérieure, celles du lobe pariétal, enfin les circonvolutions occipitales et temporo-sphénoïdales.

Il ne sera peut-être pas inutile de faire remarquer que ces conclusions avaient été formulées avant que nous ayons trouvé dans les faits cliniques leur confirmation. Ceci dit, afin d'éviter l'accusation d'avoir forcé les détails anatomiques pour les besoins de la cause.

II.

DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ CONSÉCUTIFS AUX DIVERSES LÉSIONS DU FAISCEAU SENSITIF, DANS SON TRAJET INTRA-CÉRÉBRAL.

La connaissance que nous possédons, d'après les détails qui précèdent, de la distribution du faisceau sensitif dans son trajet intra-cérébral, nous permet de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les conséquences possibles des différentes lésions à siège, à nature et à symptomatologie variables susceptibles d'intéresser ce faisceau.

Ces lésions siègent, suivant les cas, au niveau : 1° du pied de la couronne rayonnante (tiers postérieur de la capsule interne) ; 2° des fibres du centre ovale, qui sont comme l'épanouissement de la couronne ; 3° enfin de la couche grise des circonvolutions, aboutissant ultime des fibres centripètes.

On conçoit que les phénomènes observés seront différents suivant que la lésion aura assez d'étendue pour léser *toutes* les fibres, ou ce qui revient au même, tous les centres percepteurs d'un même hémisphère, ou, suivant qu'au contraire l'altération portera seulement sur *quelques-uns* des conducteurs ou sur une région limitée de l'écorce destinée à la perception des impressions sensitives.

Les deux cas se présentent en pathologie.

Si l'on réfléchit aux conditions qui sont nécessaires à la réalisation du premier, on comprendra qu'il se puisse produire exclusivement lorsque la lésion occupera le pied de la couronne rayonnante, c'est-à-dire cette région où toutes les fibres constitutives du faisceau sont réunies, condensées dans un étroit espace, le carrefour sensitif. Un foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie même minime, suffit alors pour interrompre

complètement les rapports normaux de continuité entre les conducteurs de la périphérie et les centres de perception.

Il sera tout exceptionnel, au contraire, si tant est que la chose soit possible, que la lésion ait assez d'étendue pour intéresser toutes les fibres centripètes de la couronne rayonnante après leur sortie de la capsule, lorsqu'elles ont subi leur épanouissement exceptionnel; aussi, pour les mêmes raisons, que cette lésion porte à la fois sur toute l'étendue des régions sensitives de l'écorce.

Mais si une altération matérielle ne se généralise que bien difficilement à tout le système sensitif cortical, en revanche les couches grises peuvent être le siège de troubles passagers, névrolytiques ou dynamiques comme on dit, et leur fonctionnement être, de ce fait, anéanti momentanément ou d'une façon durable, c'est ce qui se passe notamment dans l'hystérie si du moins l'origine corticale de l'hémianesthésie hystérique est positive, comme nous nous sommes efforcé de l'établir.

En somme la perte totale des fonctions de sensibilité, dévolues à un hémisphère, ne saurait s'observer que dans deux conditions : 1° lorsqu'il existe une lésion matérielle de la capsule interne ou de son voisinage, intéressant directement ou indirectement les fibres sensitives à leur passage au niveau du carrefour; 2° quand, sous certaines influences (nerveuses et peut-être aussi toxiques), les couches corticales sont momentanément troublées dans leur fonctionnement.

Par opposition aux lésions ou désordres qui affectent tous les éléments du faisceau sensitif intra-cérébral, il en est d'autres qui se limitent à une partie du système : des abcès du centre ovale, des foyers de ramollissement, des tumeurs comprimant ou même détruisant un point de l'écorce, sont choses qui se rencontrent communément. Il y a plus, les lésions de la capsule interne et de son voisinage, comme nous avons cherché à l'établir, peuvent n'intéresser qu'un certain nombre des fibres sensitives qui la traversent.

Deux hypothèses peuvent être faites à priori relativement à la symptomatologie de ces altérations limitées à quelques-uns des conducteurs sensitifs ou à une partie du territoire cortical préposé aux perceptions : ou bien il existe dans la substance grise, des centres corticaux isolés, destinés chacun à recevoir un groupe spécial de conducteurs, à élaborer une sensation spéciale. (Dans cette hypothèse, il y aurait un centre pour la

sensibilité tactile, un autre pour la vue, pour l'ouïe, etc.) Ou bien les fibres nerveuses centripètes, après leur sortie de la capsule (fibres des sensibilités communes et spéciales), s'enchevêtrent et viennent aboutir, sans ordre préétabli, à un territoire plus ou moins étendu de l'écorce, dont les parties constitutives ont une action commune, et sont par conséquent susceptibles, le cas échéant, de se suppléer les unes les autres.

Bien des physiologistes et des plus autorisés admettent aujourd'hui la première de ces hypothèses, en se fondant sur les faits d'expérimentation.

Nous avons cru, quant à nous, devoir nous rallier à la seconde, après l'étude attentive d'un assez grand nombre de cas cliniques. Nous pensons, en effet, que la zone corticale sensitive, dont nous avons essayé de déterminer les limites, n'est pas divisible en centres distincts et isolés, dont la destruction aboutirait cliniquement à une variété spéciale d'anesthésie. Et si l'homogénéité de cette zone n'est peut-être pas absolue, en ce sens, que certains groupes de fibres émanant de tel ou tel nerf, peuvent se rendre en plus grand nombre sur tel point que sur tel autre, tout au moins, les diverses régions de la zone, se suppléent-elles aisément au point de vue de la perception des sensations, assez aisément pour qu'il ne soit pas permis d'admettre chez l'homme ces territoires nettement circonscrits, à fonctions précises, que Ferrier, Munk et quelques autres ont décrits chez les chiens et chez le singe.

Entrons dans quelques détails.

A. — *Des troubles de la sensibilité dans leurs rapports avec les lésions de la capsule interne et de son voisinage*

(Lésions du carrefour sensitif.)

L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, consécutive aux lésions de la capsule interne, les caractères cliniques qu'elle affecte, les conditions pathogéniques qui la déterminent sont des faits bien connus, grâce aux recherches de Turck (1859), Charcot (1872), Magnan (1873) dans le domaine de la clinique, de Veyssière (1873), et de Raymond (1876) sur le terrain expérimental.

Les cas nombreux réunis, depuis ces travaux, par divers ob-

servateurs, par Veyssière et Raymond eux-mêmes, par Decaudin, Pitres, de Boyer, etc., n'ont fait que confirmer les conclusions de Turck et de M. Charcot.

On sait aujourd'hui que la lésion capsulaire qui détermine l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle intéresse le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule. Mais elle peut l'intéresser de différentes manières. Tantôt il y a destruction du faisceau sensitif à son passage au niveau du carrefour. La conductibilité, dans ce cas, est rendue impossible par la rupture du fil conducteur, et l'on comprend que si toutes les fibres ont été rompues, ce qui est fréquent, l'hémianestésie sera absolue, générale et indéfiniment persistante. Tantôt, il y a simplement compression du faisceau par une lésion de voisinage (couche optique, noyau lenticulaire), et, comme une compression quelque marquée qu'elle soit, n'interrompt jamais la conductibilité des fibres nerveuses d'une façon aussi complète et aussi durable que la destruction, les hémianesthésies par compression seront le plus souvent incomplètes et passagères, comme l'établissent, par exemple, certains faits rapportés par M. Lafforgue.

C'est dans ce dernier groupe qu'on doit ranger les observations de lésions de la couche optique, considérées à tort par quelques auteurs comme démonstratives des fonctions sensitives de cet organe; il faut très vraisemblablement y rattacher aussi les cas d'anesthésie par altération organique, qu'on a pu guérir à l'aide des aimants. On ne conçoit pas, en effet, la possibilité du rétablissement de la sensibilité, avec une destruction complète des fibres sensitives, au niveau du carrefour. Il est nécessaire d'admettre, si la sensibilité reparaît sous l'influence des æsthésiogènes, ou que les fibres centripètes étaient simplement comprimées, ou que quelques-unes d'entre elles seulement avaient été atteintes par la lésion. On conçoit très bien, dans cette hypothèse, que les agents en question puissent rendre à des fibres simplement engourdies leur conductibilité première.

Si le plus habituellement les lésions de la partie postérieure de la capsule interne ou de son voisinage engendrent l'hémianesthésie, à la fois sensitive et sensorielle, les choses peuvent se passer autrement, et nous avons réuni un certain nombre de cas dans lesquels on a noté d'une façon positive l'abolition de la sensibilité commune, avec intégrité des sensibilités spé-

ciales [1]. Trois de ces faits sont dus à MM. Pierret, Déjerine et Raymond, le quatrième nous est personnel, le cinquième a été publié par M. Dérignac.

Dans le cas de M. Pierret (*Soc. anat.*, 1874) la lésion occupait le noyau extra-ventriculaire du corps strié. La capsule externe n'était altérée qu'à sa partie postérieure, partout ailleurs elle était comprimée.

Dans celui de M. Déjerine (*Soc. anat.*, 1880), il s'agissait d'une petite tumeur, dont la topographie faite sur une coupe verticale et non sur la coupe de Flechsig, était trop indécise pour qu'il fût possible de déterminer avec certitude les rapports que la lésion affectai[illegible] intra-capsulaire du faisceau.

Le fait de M. Raymond n'a pas été suivi d'autopsie. Mais d'après la symptomatologie présentée par la malade et la coïncidence avec les troubles de la sensibilité d'hémichorée ou d'hémiathétose, il y a tout lieu de penser que la situation de l'altération dans ce cas, a dû être analogue à ce qu'elle était dans celui de M. Pierret, c'est-à-dire intéresser le noyau lenticulaire et les fibres les plus externes de la partie postérieure de la capsule.

Depuis la publication de notre travail, M. Dérignac a communiqué à la Société anatomique (1881), une nouvelle observation qui est calquée tant au point de vue de la symptomatologie que du siège des lésions anatomiques sur celle de M. Pierret; ces dernières ont été figurées sur des croquis qu'on pourra consulter dans l'album de la Société.

[1] Il est possible que dans ces faits, des procédés de mensuration précise, dont malheureusement nous manquons pour plusieurs sens, eussent révélé une légère différence entre l'état des sensibilités spéciales du côté sain et du côté malade. On comprendrait difficilement, en effet, qu'il existât une intégrité absolue de la conductibilité spéciale en même temps qu'une abolition complète ou à peu près complète de celle des fibres de sensibilité commune, alors que tous les conducteurs centripètes sont groupés dans un espace étroit. Notre ami Ch. Féré, en mesurant le champ visuel de la malade dont l'observation nous est personnelle, a notamment constaté un rétrécissement, bien que la vue des couleurs fût intacte, comme nous l'avons rapporté, et qu'il n'existât aucun trouble apparent des sens. Quoi qu'il en soit, le fait que nous mentionnions n'en subsiste pas moins avec tout son intérêt, et, il y a lieu de fixer l'attention sur le contraste singulier que fait, dans les cas que nous avons rapportés, la conservation, au moins apparente des sens, avec la perte de la sensibilité générale.

Quant au cas qui nous est personnel, la malade à laquelle il se rapporte a succombé dans le courant de l'année dernière ; l'autopsie en a été faite par M. Féré ; mais les lésions observées étaient trop étendues et trop complexes pour que nous soyons en droit de rapprocher le fait, comme nous nous étions supposé autorisé à le faire du vivant de la malade, de ceux qui précèdent.

Il n'en est pas moins établi par les faits dont il s'agit, qu'on peut constater une abolition complète de la sensibilité générale coïncidant avec une intégrité au moins relative des sensibilités spéciales, dans les cas de lésion capsulaire. Et si l'on envisage un de ces cas où les altérations étaient simples et bien constatées, on voit qu'elles intéressaient les fibres antérieures et surtout les fibres externes de la partie intra-capsulaire du faisceau sensitif.

Nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible de s'expliquer cette association d'une symptomatologie anormale avec des lésions de siège constant, en supposant que les conducteurs des impressions de sensibilité commune cheminent dans la partie externe de la capsule, tandis que les fibres qui contiennent les nerfs spéciaux seraient situées en dedans des premières. Cette hypothèse nous a paru d'autant plus plausible que, en étudiant anatomiquement la disposition du faisceau sensitif, au niveau de la capsule interne, nous avons constaté et décrit, après Gratiolet et Meynert, un double tractus, l'un formé évidemment par les fibres pédonculaires directes, l'autre, plus interne, par celles des fibres de la sensibilité spéciale qui proviennent de la couche optique et des corps genouillés. Et nous avons montré que c'est seulement à la partie la plus reculée de la capsule que les deux tractus se fusionnent. En rapprochant ce détail anatomique des faits anatomo-cliniques signalés plus haut, on arrive à cette conclusion que *toutes* les fibres préposées à la sensibilité spéciale se rapprochent des expansions optiques pour constituer une sorte de faisceau spécial qui serait difficilement touché par les lésions n'intéressant que les parties externes de la capsule.

Ferrier, qui a constaté comme nous, sans y insister toutefois, la possibilité de troubles profonds de la sensibilité générale, sans altération de la sensibilité spéciale, dans le cas de lésion capsulaire, invoque, pour rendre compte du fait, cette considération « qu'il y a moins de représentation bilatérale dans

chaque hémisphère, pour la sensibilité tactile, qu'il n'y en a pour les autres formes de sensibilité. La plus ou moins grande facilité des suppléances corticales, nous paraît rendre difficilement compte des particularités d'un symptôme dont la cause occasionnelle réside sur le trajet des conducteurs. Tout au plus pourrait-on supposer que, en cas de simple compression des fibres de la capsule, la résistance opposée par la lésion à la conductibilité centripète est plus considérable pour arrêter les impressions émanées des sens spéciaux, que pour empêcher l'arrivée aux centres des impressions tactiles. — L'hypothèse que nous avons formulée, et que nous donnons, il ne faut pas l'oublier, comme une simple hypothèse, nous paraît rendre mieux compte des faits, en conciliant, comme nous l'avons montré, les particularités cliniques avec les détails anatomiques. Les observations ultérieures auront à en confirmer ou à en infirmer la valeur.

B.—*Des troubles de la sensibilité dans leurs rapports avec les lésions du centre ovale et de l'écorce cérébrale.*

Cette question a été envisagée de façons bien différentes par les physiologistes. Tandis que Ferrier, Munk, Luciani et Tamburini affirment, d'après les résultats de leurs expériences, qu'il existe dans l'écorce des centres isolés affectés à la perception des diverses variétés de sensations (tactiles, visuelles, olfactives, gustatives, auditives), d'autres, comme Goltz, croient à l'homogénéité fonctionnelle de la substance grise.

L'année dernière, au Congrès médical international de Londres, les deux doctrines ont été aux prises. Mais la brillante discussion soutenue par Ferrier, d'une part, par Goltz, de l'autre, a, il faut l'avouer, insuffisamment éclairé le sujet. C'est assez dire que, sur le terrain expérimental, le problème n'est pas près d'être résolu d'une façon définitive. D'ailleurs les idées que défendent chez nous, avec une courageuse persévérance, depuis plusieurs années, M. Brown-Séquard et quelques-uns de ses élèves, ne sont pas de nature à nous laisser espérer une prompte entente. Les lois qui, en matière de pathologie cérébrale, semblaient les mieux assises, sont remises en question : la forme et la localisation des symptômes ne dépendraient plus du siège des lésions du cerveau ; elles seraient commandées

directement par l'innervation spinale dont le jeu irrégulier, presque arbitraire, jetterait dans la symptomatologie un désordre au milieu duquel il serait difficile de s'orienter.

En présence de ce conflit, ce qu'il y a de mieux à faire pour le médecin, c'est d'observer le malade; et nous serions trop heureux si cette méthode d'observation pour laquelle certains esprits exclusifs affectent un dédain peu justifié, nous rendait dans l'étude des troubles de la sensibilté d'origine cérébrale les mêmes services que nous lui devons en matière de troubles du mouvement.

Aussi est-ce à l'observation que nous avons surtout fait appel, nous efforçant d'apporter notre contribution à la solution d'un problème qui réclame des recherches patientes, longtemps répétées, et souvent contrôlées.

Or, lorsqu'on interroge les faits on y cherche vainement des arguments en faveur de l'existence des centres sensitifs corticaux. Ni Ferrier, ni Nothnagel n'ont pu produire de cas décisifs qui démontrent la réalité de ces centres, admis sur la foi des résultats expérimentaux. Les conclusions de Nothnagel sont, à ce propos, instructives à relever : « Il n'existe pas encore, dit-il, d'observations de troubles *auditifs* dans les maladies cérébrales, principalement dans le ramollissement;... pas d'observations d'*agueusis* dans les maladies du cerveau... Les observations manquent encore, ajoute-t-il, pour établir nettement quelle partie du cerveau doit être lésée pour produire l'*anosmie*. » Et plus loin le même auteur rappelle l'ignorance absolue dans laquelle nous nous trouvons relativement aux relations cliniques entre les altérations de l'écorce et les troubles de *la vue*.

Ferrier, il est vrai, a cru trouver la démonstration de ses idées sur le siège des centres supposés de la vue et de l'ouïe; dans les faits d'*aphasie sensorielle* (cécité et surdité verbale) publiés par Kusmaull, Köhler et Pick, Wernicke, etc. Il semble en effet, d'après les observations rapportées par les auteurs qui précèdent et d'après d'autres analogues, qui ont paru en France dans ces derniers temps, que la cécité et la surdité verbale soient en relation avec des lésions occupant le pli courbe ou la partie postérieure des circonvolutions temporales. Mais l'aphasie sensorielle est un trouble complexe bien différent des simples altérations de la sensibilité spéciale. La cécité et la surdité des mots, ne sont pas plus la cécité et la

surdité que l'aphasie ataxique n'est la paralysie. Il s'agit là de la perte de l'une des facultés de l'intelligence, celle d'interpréter les signes lus ou entendus, qui est parfaitement compatible (c'est même là ce qui la caractérise) avec l'intégrité de l'ouïe et de la vue. Or, de ce qu'une lésion occupant la partie postérieure des circonvolutions temporales s'accompagne de surdité psychique, cela ne démontre en aucune façon que le point lésé soit un centre de perception pour les impressions auditives, c'est-à-dire un centre sensitif, mais simplement qu'il sert à l'élaboration intellectuelle, à l'interprétation d'une catégorie de signes abstraits, ce qui est fort différent. Donc les faits de cécité et de surdité verbale suivis d'autopsie, ne prouvent nullement, à notre avis du moins, l'existence de centres auditifs ou visuels dans les points indiqués par Ferrier. Bien plus, ils nous paraissent très propres à établir que le pli courbe n'est pas plus le centre de la vue, que le tiers postérieur des temporales n'est le centre de l'ouïe, puisque dans tous ces faits on a positivement constaté, avec une lésion des points précités, l'intégrité des sensations auditives et visuelles.

On voit donc que sur le terrain de la clinique, les localisateurs n'ont pu jusqu'à ce jour faire la démonstration de leurs idées. Y arriveront-ils? Nous ne le pensons pas. Et nous nous fondons pour l'avançer sur les conclusions qui ressortent naturellement du rapprochement des cas que nous avons compulsés ou recueillis personnellement. Or il résulte de l'ensemble de ces cas que les lésions les plus diverses, intéressant les différents points de l'écorce cérébrale, peuvent évoluer sans s'accompagner de troubles, au moins marqués, de la sensibllité spéciale, ce qui revient à dire qu'en cas de lésion circonscrite, les parties de l'écorce restées intactes, suppléent celles qui sont altérées, quel que soit le siège de ces dernières. On ne saurait dès lors admettre l'existence des centres sensitifs tels que Ferrier les conçoit, l'abolition de la fonction devant être la conséquence obligée de la destruction des centres préposés à cette fonction, si centres il y a.

Les conclusions qui précèdent s'appliquent, dans notre pensée, aussi bien à la sensibilité commune qu'aux sensibilités spéciales. Munk et Schiff d'abord, R. Tripier après eux, avaient admis que les parties motrices de l'écorce sont en même temps des centres destinés à percevoir les impressions émanées de la peau. Nous croyons avoir établi, en nous appuyant sur

un assez grand nombre de faits, que la destruction de la zone motrice est parfaitement compatible avec l'intégrité de la sensibilité commune.

Il résulte donc pour nous de tout ce qui précède, qu'il n'existe pas au cerveau de territoires circonscrits et isolés affectés à l'élaboration des formes variées de la sensibilité.

Est-ce à dire que, au point de vue des perceptions, l'écorce cérébrale soit fonctionnellement homogène, dans l'acception rigoureuse du mot? Non, sans doute.

Il semble par exemple, découler des observations récemment compulsées par S. Exner, que les sensations visuelles sont perçues surtout par les circonvolutions occipitales. Il est possible en effet, comme nous l'avons déjà dit, que les fibres émanées des divers sens se rendent en plus grand nombre vers telle ou telle autre partie de l'écorce, dont les lésions retentiraient par conséquent d'une façon plus marquée sur les sens en question. Nous-même, nous avons admis que la sensibilité tactile était plus fréquemment troublée à la suite des altérations destructives de la zone motrice que dans les cas de lésions occupant un autre siège. Il y a là matière à des recherches ultérieures. Mais le fait capital à retenir pour l'heure, c'est que les différentes circonvolutions peuvent être, chacune isolément, détruites, sans qu'il s'ensuive de troubles de la sensibilité générale et spéciale.

Les anesthésies tactiles ne sont pas exceptionnelles toutefois à la suite des lésions corticales récentes. Il s'agit là de troubles inconstants, souvent peu marqués et toujours passagers, dont la pathogénie n'est pas parfaitement élucidée. Peut-être la perturbation apportée dans le jeu de la moelle par le retentissement de l'altération du cerveau, joue-t-elle quelque rôle dans la genèse de ces anesthésies. La chose est possible. Toujours est-il qu'en rapprochant les uns des autres les cas dans lesquels ces troubles ont été observés, nous avons pu légitimement, ce nous semble, dégager les propositions suivantes :

A la suite des lésions du lobe frontral (la circonvolution frontale ascendante exceptée), il n'y a pas de troubles de la sensibilité ;

A la suite des lésions des circonvolutions motrices, l'anesthésie est habituelle mais peu marquée et passagère:

Dans les cas de lésions des circonvolutions occipito-sphénoï-

dales, l'anesthésie est possible mais exceptionnelle, et, dans tous les cas, légère et transitoire ;

Enfin si l'altération porte à la fois sur les circonvolutions motrices et sur les occipito-sphénoïdales, l'anesthésie est beaucoup plus prononcée et probablement plus durable, d'autant plus marquée en règle générale, que les lésions sont plus étendues.

Ces faits nous autorisent à conclure qu'il existe dans l'écorce une vaste zone *sensitive*, qui vraisemblablement comprend toutes les circonvolutions, sauf celles du lobe frontal.

Tous les détails qui précèdent se résument en somme dans la proposition, légèrement modifiée, que M. Pitres émettait, il y a cinq ans, comme une simple hypothèse : chez l'homme, les fibres sensitives réunies, comme dans un carrefour, au niveau du tiers postérieur de la capsule interne, au lieu d'aller se terminer comme les fibres motrices, dans des territoires corticaux physiologiquement distincts, se distribuent à peu près indifféremment dans toute l'étendue des circonvolutions pariéto-sphéno-occipitales. Telle est du moins la conclusion qui ressort pour nous de l'étude anatomique et clinique que nous avons poursuivie.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Goitre exophthalmique ou maladie de Basedow, nature et traitement de cette affection ; par F. Panas. (*Archives d'ophtalmologie*, n° 2, janvier-février 1881.)

Après avoir rappelé les principaux travaux publiés sur ce sujet et appelé l'attention sur la polyurie et la glycosurie, signalées dans les plus récents, l'auteur, par l'analyse des symptômes, l'étude de leur mode d'apparition, de leur ordre de succession et de leurs causes, établit la pathogénie de la maladie.

Les troubles cardiaques précédant l'engorgement du corps thyroïde et l'exophthalmie ne sauraient dépendre de la diminution de la tension sanguine dans le système vasculaire de la tête et du cou. Le manque d'action des vaso-constricteurs cervico-céphaliques n'a pas pour cause la paralysie du sympathique cervical comme on pourrait le croire d'abord. Cette paralysie ne s'accompagne ni d'exorbitis, ni de goître vasculaire, ni de la dilatation des gros troncs artériels et veineux du cou, mais bien de myosis, symptôme le plus constant et le plus permanent. Les yeux s'enfoncent, l'ouverture palpébrale se rétrécit, la sclérotique disparaît sous la congestion de la conjonctive. Dans le goître exophthalmique, seules sont turgescentes les veines ciliaires antérieures.

L'exophthalmie n'a pas pour cause l'action du goître sur les vaisseaux du cou, sur la trachée et encore moins sur le grand sympathique. Elle fait défaut dans le goître 'suffocant même. L'état du cœur non moins que les considérations précédentes, oblige à placer le siège de la maladie de Graves dans le bulbe. Mais s'agit-il d'un processus irritatif, d'une excitation des filets sympathiques cardiaques et des vaso-dilatateurs provenant du cordon cervical (Vulpian), ou au contraire d'une paralysie des nerfs d'arrêt et des vaso-constricteurs? Les deux opinions peuvent se soutenir. L'auteur incline vers la dernière et cite à l'appui l'observation d'une malade heureusement traitée par des injections sous-cutanées d'ergotine. Elle avait eu déjà des attaques épileptiformes, de l'aphasie, de l'hémianesthésie, de l'hémiparésie, et enfin son exophthalmie se compliqua de myopie, contrairement à l'opinion de von Græfe. D. B.

II. Remarques sur les accidents déterminés par des fractures chez les femmes épileptiques ; par F. Terrier et H. Luc. (*Revue de chirurgie*, janvier 1882.)

Les auteurs ont observé sur deux épileptiques une fracture de la clavicule et une fracture complète de jambe. Dans le premier cas, malgré l'absence de deplacement, douleurs locales très vives, s'irradiant dans le thorax, le cou, la face, le membre supérieur du côté répondant à la lésion ; hyperesthésie et contracture du membre supérieur et du cou, contracture interrompue par des crampes violentes. Après la levée de l'appareil, qui les avait peu modifiées, la contracture et les crampes

s'exagérèrent à la suite d'une attaque d'épilepsie, puis d'une attaque d'hystérie. Elles disparurent plus d'un an après, sous l'influence variée des courants continus, de l'aimant et de l'électricité statique.

On ne découvre la fracture de la seconde malade sans expression, par moments gâteuse, peu excitable, que par hasard dix jours après l'accident. Elle mouvait en tous sens pied et jambe, et ne voulut jamais croire à sa maladie, qui guérit fort bien dans un appareil plâtré appliqué de force.

Ces observations ne disent malheureusement rien de précis sur la sensibilité générale et spéciale des malades.

Rapprochant ces deux observations de celle d'une malade simplement névropathe, atteinte de contracture de la main et de l'avant-bras droit à la suite d'une contusion, puis d'une affection semblable du côté gauche à la suite d'une fracture du péroné gauche sans réaction dans le membre inférieur, F. Terrier et H. Luc se demandent s'il n'y aurait pas une différence d'innervation entre les extrémités supérieure et inférieure, et si ce fait probable n'expliquerait pas les accidents différents observés sur leurs épileptiques. D. Bernard.

III. Sur les températures inférieures des malades atteints d'une lésion cérébrale; par Sklowsky. (*Wratsch*, 1880, n° 12.)

L'auteur a observé chez un paralytique une température de 31°, 9 — 32°, 3 sous l'aisselle, et de 32°, 3 dans le rectum. Cette température a duré jusqu'à la mort, et l'autopsie a fait reconnaître un ramollissement de la partie postéro-inférieure de l'hémisphère droit du cervelet allant jusqu'au pédoncule cérébelleux moyen. M. Mendelssohn.

IV. Sur un cas de basse température; par Kasyreff. (*Wratsch*, 1880, n° 12.)

L'auteur a observé pendant quatre jours une température oscillant entre 30°, 1 et 26°, 5 chez un sujet atteint de commotion du cerveau et présentant des symptômes paralytiques dans les muscles du tronc et des extrémités. M. M.

V. La fonction bilatérale et la sinapiscopie; par Adamkiewicz. (*Przeglad Lekarski*, 1880, nos 47 et 48.)

Adamkiewicz, trouvant dans le phénomène du « Transfert » mis en évidence par les procédés métalloscopiques un nouvel appui pour la théorie des fonctions bilatérales qu'il soutient depuis 1877, a essayé de provoquer par les sinapismes la même série de phénomènes que ceux dans lesquels les plaques métalliques n'agissent que comme agents irritants. Ayant en effet constaté les mêmes effets après l'application des sinapismes, il désigne la recherche de ces phénomènes sous le nom baroque de *sinapiscopie*. Le retour de la sensibilité dans le côté anesthésique sous l'influence de l'application du sinapisme a été dans ces expériences un fait constant; mais le degré et la persistance de ce retour ont été variables suivant les cas. Ainsi la sensibilité douloureuse revenait toujours, mais jamais la sensibilité thermique. Ces recherches, faites avec le concours du Dr Adler chez l'homme sain, ont démontré que les sensibilités tactile et douloureuse s'exagèrent à l'endroit de l'application du sinapisme, tandis qu'elles diminuent à l'endroit correspondant du côté opposé qui n'a pas été irrité.

A la fin de son travail, l'auteur développe ses idées sur les fonctions bilatérales, en les regardant comme l'expression des fonctions appartenant à ses nerfs et à ses ganglions symétriquement disposés des deux côtés do l'organisme. M. M.

VI. Sur les altérations anatomiques du cerveau dans les maladies infectieuses; par A. Rosenthal. (*Gazeta lekarska*, n° 19, 1881.)

L'auteur, examinant plusieurs cerveaux (surtout la circonvolution frontale ascendante et la moelle allongée) de malades morts de fièvre typhoïde, récurrente ou puerpérale, de pyohémie et de scarlatine, a constaté des altérations de ces centres, et principalement dans les cellules pyramidales de l'écorce. Ces dernières perdent leurs prolongements, deviennent rondes, subissent la transformation adipeuse et dégénèrent. Dans quelques cas, Rosenthal a trouvé un nombre de cellules plus considérable que dans l'état normal, ce qu'il attribue *à la segmentation* des cellules. Les cellules nouvellement formées contenaient un grand noyau et un protoplasma

très délicat. Il a constaté les mêmes altérations dans les cellulles nerveuses de la moelle allongée et surtout dans le noyau du pneumogastrique et du spinal. Parfois il a eu l'occasion de voir (sur le plancher du quatrième ventricule) un grand nombre d'éléments lymphoïdes sous l'épithélium. L'auteur regarde ces altérations parenchymateuses du cerveau comme correspondant à des altérations analogues d'autres organes survenant dans les maladies infectieuses. M. M.

VII. Leptomeningitis hæmorrhagica, présentant les symptomes de la paralysie progressive; par Bechtérèw. (*Gazette clinique hebdomadaire* (*russe*), 1881, n[os] 8-10.)

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade de la clinique de M. le professeur Mierzejewsky, qui présenta pendant la vie le tableau clinique de la paralysie générale, avec quelques particularités : une trop longue durée, dix-neuf ans (à Pétersbourg, ces malades meurent au bout de trois à cinq ans), et un affaiblissement relativement faible des facultés psychiques. A l'autopsie, on releva, outre une thrombose des deux tiers du sinus longitudinal supérieur, une inflammation hémorrhagique de la pie-mère et une inflammation analogue de la dure-mère. L'auteur croit que, dans ce cas, la méningite a été la lésion primitive et que la thrombose du sinus s'est produite secondairement ; cela paraît ressortir de ce fait qu'on trouva dans les bronches à peine quelques traces d'organisation. Dans la moelle, on constata un fort développement d'éléments conjonctifs de la névroglie. M. M.

VIII. Une famille atteinte d'ataxie locomotrice; par M. R. Gowers. (*Trans. of the Clin. Soc. of London*, vol. XIV, 1881, p. 1.)

Le père est mort depuis deux ans, d'une maladie de Bright ; il n'a pas eu d'affection nerveuse. Il avait deux frères, dont l'un est mort aussi de maladie de Bright, et l'autre est aliéné. Deux de ses cousins seraient aussi aliénés. La mère du père était paralysée de la langue, quand elle est morte. — La mère est morte d'une tumeur abdominale, elle avait eu deux attaques de chorée dans son enfance.

La famille se compose de neuf enfants. L'aîné a trente-neuf ans, il a commencé à souffrir d'incoordination de la marche à vingt et un ans, aujourd'hui l'ataxie a gagné les mains, il a perdu ses réflexes tendineux, etc. Le deuxième enfant était une fille qui est morte à dix ans d'une affection fébrile. Le troisième est un fils, il a trente-cinq ans, bien portant; il a plusieurs enfants aussi bien portants. Le quatrième est encore un fils, qui a trente-trois ans et est bien portant. Le cinquième est une fille qui à vingt-neuf ans, et qui a commencé à dix-huit ans à avoir de la difficulté à marcher; les troubles tabétiques se sont accentués depuis. Le sixième est un fils de vingt-six ans qui se porte bien et a des enfants en bonne santé. Le septième est un fils qui a vingt-quatre ans; il n'est plus capable de traverser la chambre tout seul, il avait dix-neuf ans quand il a éprouvé les premiers symptômes. Le huitième est un fils de vingt-deux ans paraissant bien, mais il a des troubles de l'équilibration dans l'obscurité, il a de temps en temps un peu d'incoordination; il a perdu ses réflexes, sa parole est légèrement troublée, etc. Le plus jeune fils, qui a dix-neuf ans, est aussi affecté: parole scandée, un peu d'instabilité de la marche, perte des réflexes. Ainsi sur huit enfants, qui ont atteint l'âge adulte, cinq sont affectés. Carré, Duchenne, Carpenter, Dreschfeld ont déjà rapporté des faits de ce genre; Friedreich a noté dans ce cas la fréquence des troubles du langage qui dans cette série ont été presque toujours observés. Quelquefois, dans cette forme d'ataxie; dite *héréditaire*, il existe du nystagmus, comme le montre un cas de Seeligmüller. En ce qui regarde l'étiologie, il n'existait pas de traces de syphilis héréditaire ou acquise; il n'y avait pas non plus d'ataxie connue chez les ascendants, mais du côté paternel, il existait plusieurs aliénés, et la mère qui avait eu des attaques de chorée et avait évidemment une disposition névropathique. Ces particularités de l'histoire de la série de M. Gowers sont en rapport avec l'opinion que nous avons souvent entendu exprimer par M. Charcot: à savoir que ce qui joue le plus grand rôle dans l'étiologie de l'ataxie, ce sont les états névropathiques des ascendants; et il ne manque jamais d'interroger les malades, sur l'existence chez leurs parents directs ou collatéraux, non seulement d'affections médullaires, mais encore d'affections cérébrales ou de troubles psychiques.

Ch. F.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Folie postépileptique ; par Wilhelm Sommer. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XI. 3.)

Sous ce titre, M. Sommer se propose d'étudier, à l'aide de cent cinquante observations prises à l'asile d'Allenberg, la démence persistante qu'amène l'épilepsie à la longue et les formes vésaniques passagères, intervallaires, considérées comme épiphénomènes de l'accès.

Relativement à la *démence*, l'auteur s'attache à mettre en lumière les caractères qui distinguent cette impotence intellectuelle, d'origine épileptique, d'avec les démences émanant de toute autre affection. Telles sont sa non-continuité (du moins au début, intervalles lucides) et les difficultés de perception qui entraînent une difficulté de comprendre et de retenir (lenteur de la lecture et de l'écriture) contrastant avec le souvenir facile des anciennes sensations. Ainsi l'épileptique qui lira péniblement une ligne, résoudra aisément des équations algébriques; d'où son emphase, sa pédanterie. Bientôt l'amnésie s'étend également au passé, mais elle est incomplète, inégale, et nullement proportionnée à l'importance des événements : en essayant de suppléer aux lacunes de sa mémoire, l'épileptique se crée un style maniéré, agrémenté de périphrases et de néologismes. C'est aussi cette déchéance intellectuelle qui, par défaut de conception, entraîne le malade à devenir irascible, susceptible, méchant, méfiant, en même temps qu'une certaine conscience de sa faiblesse et de l'incurabilité de son affection le rend pessimiste, misanthrope, bigot, obséquieux (hypocrisie). Enfin quand il a épuisé son ancien bagage mnémonique, dans l'impossibilité où il se trouve d'enregistrer avec fruit de nouvelles impressions, le malheureux est réduit à une idiotie muette par suite des progrès des lésions bulbaires. Des lettres de malades prises à diverses époques de la maladie font foi de cette progression. Notons ici, qu'à l'inverse de ce qui était admis

jusqu'alors, la statistique de M. Sommer fait remonter la plus forte part de responsabilité dans la démence épileptique aux grands accès et non au petit mal.

Les *troubles de la connaissance* en rapport avec l'épilepsie sont de deux sortes. Les uns se montrent en l'absence de tout accès convulsif et souvent sans qu'on puisse jamais saisir la moindre trace de ce dernier; c'est l'épilepsie anormale: les autres sont en relation d'origine et de temps évidente avec les convulsions épileptiques complètes. Psychoses absolument isolées de l'accès et le remplaçant (équivalents), ou vésanies intervenant à la suite d'accès antérieurs, toutes auraient même pathogénie. L'accès complet ordinaire, dit M. Sommer, se compose de plusieurs accès partiels dépendant chacun du département nerveux qui lui donne naissance; adoptant l'opinion que l'épilepsie est corticale c'est-à-dire que la moelle allongée influence d'abord les vasomoteurs cérébraux, et que l'attaque classique est la résultante de l'accumulation de ces effets, il pense qu'il s'agit précisément en tous les cas de la limitation des troubles angioparalytiques ou angiospastiques à tel ou tel district de l'écorce; cette localisation dépendrait de la variabilité de la modalité réactionnelle propre à chacun des départements en question ou de la lenteur de généralisation des effets vasomoteurs. Quoi qu'il en soit, M. Sommer ne traite que des *psychoses chez des épileptiques avérés*, à l'exclusion des équivalents (épilepsie psychique) isolés et de la combinaison de la névrose avec un des types cliniques connus (mélancolie, folie systématique, paralysie générale). Périodiques et souvent précédées d'aura, elles ont pour caractère principal et pour fondement l'insuffisance de perception et de raisonnement (rudiment du sopor de l'acmé paroxystique); les autres perturbations de l'activité mentale qui s'y ajoutent dérivent précisément de l'impossibilité, pour le malade hébété, d'interpréter les sensations anormales dont il est l'objet (délire): ces sensations anormales seraient l'équivalent de la perte totale de sensibilité du début de l'accès complet. Un premier degré qualifié d'*état d'obnubilation postépileptique* embrasse trois espèces de phénomènes : 1° l'obtusion intellectuelle accompagnée de maussaderie, excitabilité, angoisse vague, qui précède ou suit un accès; illusions de la vue désagréables ou fantastiques ; 2° l'accès maniaque précurseur d'une crise convulsive ou d'un long sommeil; 3° des auras passagères psychosensorielles præparoxysmiques telles que la double sensation

auditive, les illusions et hallucinations spéciales et familières au même malade ; à leur égard la statistique d'Allenberg indique les mêmes proportions de fréquence qu'en ce qui a trait aux troubles de la sensibilité postparoxystiques. Ce sont justement ces perturbations sensorielles qui, mal interprétées par l'épileptique ahuri, fournissent, de concert avec le genre de caractère du malade, les éléments du délire. Selon que domineront en lui la préoccupation de son état, la méfiance, l'irritabilité, les sentiments religieux, il sera en proie aux *conceptions délirantes dépressives*, au *délire des persécutions*, à l'*angoisse* accompagnée d'*impulsions irrésistibles*, à l'*expansion extatique*. L'analyse détaillée de chacune de ces formes psychopathiques n'ajouterait rien aux descriptions répandues partout ; on consultera cependant avec fruit les cinq observations de délire expansif. Il importe également de faire remarquer la rapidité de systématisation de ces conceptions et leur non moins prompte disparition. De plus greffées sur le fond premier d'obnubilation, ces psychoses sont loin de se manifester isolées ; une d'elles apparaît pour faire, après une durée indéterminée, brusquement place à une autre entité. Quand l'épilepsie est invétérée, l'intrication, la fusion est si étroite, que le délire perd sa couleur ; de cette nuit obnubilatoire persistant des jours et des semaines, se dégagent de temps à autre, comme autant de météores, des accès psychopathiques fugitifs durant des minutes, des heures au plus. Seul, le délire expansif conserve en toute circonstance son autonomie, ne se mélangeant que très rarement avec d'autres modalités. Que ces accidents précèdent, suivent (majorité des cas) ou remplacent l'accès d'épilepsie (équivalents), ils sont toujours identiques à eux-mêmes et conservent le moment qu'ils ont dès l'abord adopté pour leur manifestation. Ce n'est d'ailleurs qu'après des années que l'épilepsie se double de l'état d'obnubilation mentale continue, la psychose augmentant d'abord de fréquence avec chaque accès, puis d'intensité, de durée, et de variété quand les accès diminuent de nombre jusqu'à ce que la démence apathique termine l'ensemble pathologique. Guérison extrêmement rare : six cas nets. Sur quatre-vingt-onze épileptiques morts en démence, la durée moyenne du séjour dans l'établissement d'aliénés était de sept années. M. Sommer complète au surplus sa description par les résultats statistiques portant sur le sexe, l'hérédité, l'âge et la cause de l'épilepsie, la fréquence des perturbations

mentales et la durée de l'épilepsie avant qu'elles n'apparussent. P. K.

II. Côtes fracturées dans les asiles anglais; par Lauder Linsay, médecin de l'institut royal de Murray, pour les aliénés, à Perth, en Écosse. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 2e fascicule, p. 31-53.)

Ce mémoire réfute l'assertion que toutes les fractures de côtes ou d'autres os sont le résultat de mauvais traitements de la part des gardiens. Ces lésions peuvent se montrer très facilement en dehors de toute violence ou rudesse des servants; beaucoup sont dues à l'abolition inopportune de la contrainte mécanique. L'auteur est ennemi du système du no-restraint, aussi dangereux pour les patients que pour les fonctionnaires et les gardiens des asiles.

Ces lésions peuvent s'expliquer par l'extrême fragilité du tissu osseux chez les aliénés; elles sont souvent produites par l'aliéné lui-même, elles sont souvent dues à une violence très legère. Ce mémoire est suivi de l'exposé : 1° d'un cas d'ostéomalacie; 2° de la relation de cas de fractures de côtes découvertes seulement à l'autopsie; 3° de l'exposé de cas de fractures de côtes découvertes à l'admission dans les asiles d'aliénés. E. Ch.

III. Le traitement médical rationnel des maladies mentales aigues et curables; par le Dr Wiltie Burmann, médecin en chef du « Wilts country lunatic asylum, Devizes. » (*The Journal of mental science*, octobre 1879 et janvier 1880) (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 2e fascicule, p. 84-93.)

Le Dr Burmann demande comme Mundy, Lockowt, Robertson, Griesinger, lord Shaftesbury, la séparation des cas récents et des cas curables et des cas qui ne laissent plus guère d'espoir de guérison.

1° La proportion des cas curables étant de 7 à 7, 25 p. 100, ceux-ci doivent être à l'hôpital bien moins grand que l'asile destiné aux incurables;

2° Au point de vue économique, cette séparation est avantageuse;

3° Cette division déconsidèrerait moins le malade placé à l'hôpital et les familles, comprenant la différence d'avec l'asile, hésiteraient moins à y placer leurs aliénés; la médecine y ferait plus de progrès; les cas de suicide seraient plus rares; les médecins spécialistes s'attacheraient davantage à l'étude des malades de l'hôpital. L'auteur n'admet pas que son projet soit impraticable à cause de la difficulté qu'il y aurait à distinguer les curables des incurables; il n'admet pas que son projet entraîne à trop de frais, tant s'en faut. On ne ferait pas d'économies sur les malades de l'asile au point de vue du traitement et de l'entretien, mais on prélèverait une surtaxe sur les malades de l'hôpital. L'auteur réclame un bureau d'admission comme à Sainte-Anne, mais il insiste pour que l'hôpital et l'asile soient connexes, enfin il réclame l'emploi plus que jamais de l'hydro et de l'électrothérapie, de la lumière, de l'obscurité, et de la lumière cobici, l'emploi du pneumatomètre, du stétographe, de l'apnographe, enfin de toute la thérapeutique pneumatique. — Ces opinions ne peuvent être admises sans un examen approfondi. E. Ch.

IV. Sur l'aphasie et sur la chronicité et l'hérédité dans la détermination des types de folie; par M. le Dr Billod. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 2e fascicule. p. 94-102.)

En tenant compte de deux éléments qui chez l'aphasique peuvent être conservés ensemble ou détruits chacun séparément, à savoir : 1° l'intelligence, 2° la force morale ou l'énergie du caractère, M. Billod, en faisant ressortir combien l'aphasique ressemble à l'enfant et au vieillard, pense que l'aphasique, tout intelligent qu'il soit resté, n'en est pas moins dépourvu d'une certaine force morale, devenu accessible à certaines influences, désarmé devant le danger des captations. « Si peu nombreux que soient les cas d'aphasie dans lesquels l'intelligence reste intacte, il est impossible de ne pas les admettre. Seulement il ne faut pas se croire autorisé à conclure toujours de l'intégrité de l'intelligence à celle de la force morale, et par suite à la responsabilité entière. A l'opinion de M. Billod, le Dr Cuylitz oppose la définition de M. Jules Falret, qui signale comme caractère distinctif de l'aphasie,

l'intégrité de l'intelligence et des organes de la phonation. M. Cuylitz ne partage pas l'opinion de M. Billod qui, par la théorie de la suppléance cérébrale, explique comment l'intelligence peut rester entière chez l'aphasique : il n'est pas besoin de cette théorie ; l'intelligence reste intacte parce que les parties du cerveau réservées aux fonctions intellectuelles ne sont pas atteintes. En admettant la suppléance, comment si peu de malades en profitent-ils ? M. Cuylitz n'admet pas l'application de la théorie de la suppléance pour le langage, car il n'y a qu'un centre et non deux pour le langage. Par conséquent il n'admet pas la conclusion de M. Billod relativement à son cas d'aphasie chez un paralytique général à savoir que : si la suppléance pour le langage n'a pu s'établir dans ce cas, c'est vraisemblablement que les deux circonvolutions étaient symétriquement lésées.

Quant à la chronicité, elle constituerait un procédé à l'aide duquel la folie héréditaire qui évolue par générations successives d'individus, développerait ses différents stades sur un même individu, ce qui se réduit à une question de part et d'autre. Les aliénés qui doivent à la chronicité leurs apparences héréditaires sont rares. M. Billod n'en a observé que quinze cas bien nets sur quinze mille aliénés. E. Ch.

V. Le morphinisme ; par le Dr Frantz Muller, de Gratz, (*Wiener medizinischen presse*, 1880)

Lorsque Wood, l'inventeur des injections sous-cutanées, créa par sa méthode un admirable moyen de soulagement pour l'humanité souffrante, il ne se doutait guère qu'il allait donner naissance à un mal aussi grave que l'opiophagie de l'Orient, mal d'autant plus triste que ses victimes habituelles sont des gens instruits et surtout des médecins. Cette maladie, qui consiste dans l'usage continu des injections de morphine, s'appelle le morphinisme.

Le tableau clinique du morphinisme est vaste, car, d'ordinaire, toutes les fonctions de l'organisme sont atteintes.

I. Au premier plan sont les troubles de la nutrition. Après six, huit, douze mois de fortes doses de morphine injectée sans interruption, les malades commencent à se plaindre d'anorexie et de constipation opiniâtre ; puis, ils maigrissent rapide-

ment. Le visage pâlit, devient cadavéreux, la peau se ride; les yeux sont cerclés, les globes oculaires perdent leur éclat, le regard n'a plus aucune expression. Les membres inférieurs s'œdématient, la démarche devient chancelante. Plus tard, le catarrhe de l'estomac, les vomissements, les pituites du matin ne font jamais défaut.

II. Tout aussi importantes sont les altérations des sécrétions. L'urine contient, dans les cas accentués, de l'albumine et même du sucre. (Krage et Levinstein ont signalé ce fait chez des chiens morphinisés.) — On observe presque toujours chez les femmes la cessation des règles et l'apparition des pertes blanches, et chez l'homme l'absence des spermatozoïdes et l'impuissance. La sécrétion sudorale est aussi profondément troublée : les malades sont souvent baignés d'une sueur visqueuse, qui les oblige à changer de linge plusieurs fois par jour.

III. Des troubles vaso-moteurs s'ajoutent aux précédents : le pouls est ralenti, petit, souvent filiforme et irrégulier. — Plus tard survient de l'angoisse précordiale : des crises douloureuses éclatent, caractérisées par une sensation particulière de constriction épigastrique et par de violentes palpitations; elles débutent ordinairement par une douleur que le malade compare à un coup de couteau dans le cœur.

IV. Les troubles de la motilité sont observés sans exception. Ce sont de l'affaiblissement musculaire, du tremblement de la langue et des mains, quelquefois même de l'incoordination des membres inférieurs. Les paralysies véritables manquent habituellement, et n'ont guère été observées que pour l'appareil de la vision; c'est ainsi qu'on a pu constater la parésie des muscles de l'œil (diplopie), et du muscle ciliaire (troubles de l'accommodation); d'autre part, l'immobilité de la pupille et le myosis sont caractéristiques. — La vessie est contracturée, souvent aussi paralysée, et il y a dysurie, rétention d'urine. — Les réflexes cutanés sont augmentés, et les réflexes tendineux diminués ou même abolis; cet antagonisme entre les deux ordres de réflexes est très net aux membres inférieurs, absolument comme dans le tabes classique.

V. Du côté de la sensibilité, on observe les troubles les plus variés, tels qu'engourdissements, fourmillements, démangeaisons, etc.; et en même temps les malades souffrent de névralgies diverses, intercostales, viscérales.

VI. Dans la sphère sensorielle, on a observé à plusieurs reprises l'amblyopie morphinique, des modifications du goût (saveur amère des aliments), et plus rarement des troubles de l'ouïe et de l'odorat (bourdonnements d'oreilles, odeur de charogne).

VII. Les symptômes cérébraux et psychiques sont très importants. Les plus constants sont une céphalalgie sourde, particulière, des syncopes, des vertiges, des troubles de la respiration ; et, dans l'ordre psychique, un changement fréquent du caractère qui devient sombre, morose, timide, un dégoût prononcé pour le travail, une indifférence qui va jusqu'à l'apathie complète, et par dessus tout la disparition de toute énergie, de toute volonté. La mémoire qui réagit encore promptement et fidèlement dans les cas récents, s'affaiblit à la longue. — Les perceptions sont singulièrement ralenties. Les hallucinations de la vue sont rares.

Ces troubles somatiques et psychiques conduisent fréquemment les malades au dégoût de la vie et à des tentatives de suicide.

En dehors de ces symptômes, surviennent souvent, dans la période ultime du morphinisme, des accès de fièvre qui méritent une mention spéciale : ils revêtent la forme intermittente et sont caractérisés par des stades habituels de frisson, de chaleur et de sueur. La température atteint de 38° à 40° ; la rate est augmentée de volume. — Le type tierce est le plus fréquent ; mais, parfois, l'intermittence est irrégulière. Au paroxysme de la fièvre, survient souvent du délire. Parfois on n'observe aucune intermittence, et la fièvre revêt l'apparence d'une fièvre typhoïde ; les malades ont de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, de la prostration ; ils sont obligés de garder le lit plusieurs semaines (forme typhoïde de Levinstein).

Le diagnostic ne présente ordinairement aucune difficulté, bien que la séméiotique du tabes, surtout quand il n'existe pas encore d'incoordination, soit assez semblable à celle du morphinisme ; rappelons en effet l'anesthésie, les douleurs fulgurantes, la dysurie, la constipation, l'extinction du réflexe tendineux, les vertiges. Mais c'est avec l'alcoolisme chronique que le morphinisme a le plus de ressemblance et même d'analogie ; toutefois l'examen minutieux des circonstances étiologiques établira facilement le diagnostic.

La marche est essentiellement chronique et fatalement pro-

gressive, les malades augmentant chaque jour la dose de morphine pour obtenir les mêmes effets; ils tombent alors dans un état cachectique qui les mène plus ou moins vite à la mort. Les récidives sont fréquentes : un malheureux atteint de morphinisme entre à l'hôpital; il est privé de morphine, il guérit, et il sort jurant de considérer la seringue de Pravaz comme un *Noli me tangere*; mais, au plus prochain accès douloureux, sa force de résistance est vaincue, et il a de nouveau recours aux injections. Levinstein a compté soixante et une récidives sur quatre-vingt-deux cas, dont trente-deux chez des médecins.

Comme étiologie, il faut signaler d'abord l'existence d'une affection douloureuse qui a nécessité l'emploi de la morphine et qui, calmée d'abord par des doses faibles, ne l'est plus tard que par des doses de plus en plus fortes, un, et même deux grammes! Le sexe masculin, la profession médicale, pour des raisons faciles à comprendre, sont le plus souvent atteints.

Le traitement doit évidemment consister à priver les malades de morphine et à empêcher les récidives. On a beaucoup discuté dans ces derniers temps la question de savoir si la cessation de la morphine devait être brusque (Levinstein et Boek) ou progressive (Güntz). A priori, tout parle en faveur de la cessation brusque; mais voyons les résultats de cette méthode. Les premières heures qui suivent la dernière injection s'écoulent dans le calme; puis surviennent des frissons, des bâillements, des éternuements, de la céphalalgie et des névralgies pénibles; un peu plus tard, de la diarrhée, des vomissements, une insomnie persistante. A ces symptômes s'ajoute une prostration profonde, de la dépression psychique, et une anorexie complète. On peut réussir à combattre cet état par des excitants et des analeptiques, parfois par une petite dose de morphine; mais les symptômes peuvent aussi s'aggraver au point d'amener la mort. Ainsi mourut à l'hôpital de Dresde une couturière, qui, privée de morphine, tomba dans un collapsus dont on ne put la tirer. Un jeune médecin succomba de même, malgré la précaution prise de lui injecter de temps en temps une petite quantité de morphine. Au lieu de ce collapsus redoutable, on peut voir apparaître un délire, sur lequel Levinstein a le premier attiré l'attention, et qui est très analogue au delirium tremens : délire, tremblement, in-

somnie, hallucinations, terreur, tels sont les traits habituels [1]. Plus rarement, on a vu, à la suppression subite de la morphine, survenir des pneumonies.

Cette méthode n'est donc pas inoffensive. Le morphinisme étant caractérisé surtout par un état d'épuisement du système nerveux central, il n'est pas étonnant qu'un moyen qui prive complètement et brusquement les centres nerveux de leur irritant accoutumé puisse entraîner les accidents les plus graves. Il faut ne se faire aucune illusion sur les prétendus avantages de la suppression brusque, et ne s'attendre nullement à un résultat réel et durable si le malade quitte l'hôpital au bout de huit ou quinze jours; l'affaiblissement de sa volonté rend la récidive tout aussi sûre que chez l'alcoolique qui, quelques jours après un accès de delirium tremens, sort de la clinique soi-disant guéri.

Seul, un traitement de longue durée et systématique et une surveillance étroite du malade peuvent amener un soulagement durable, et c'est vers ce but que le médecin doit diriger tous ses efforts. La cessation graduelle doit être uniquement employée.

Ici, l'auteur expose sa méthode. Elle consiste à substituer à la morphine de petites doses d'opium, et à diminuer ensuite la quantité d'opium jusqu'à sa suppression. L'opium unit à l'action de la morphine une action tonique et trophique sur les centres nerveux, et il calme les troubles gastriques. Le patient reçoit encore un soir son injection accoutumée; puis, le lendemain, au lieu de morphine on lui fait une injection d'opium qui représente la moitié ou le tiers de l'alcaloïde habituel. En même temps, on administre un peu d'extrait thébaïque et de noix vomique sous forme de pilules qui auront pour avantage de permettre de cesser un peu plus tôt les injections. On soustraira ensuite chaque jour un centigramme à la dose de l'injection, jusqu'à ce qu'on arrive à une quantité très peu élevée, à laquelle on se tiendra plus longtemps, avant de la supprimer elle-même peu à peu. — Un régime fortifiant sera prescrit; et comme les malades éprouvent tout d'abord une répulsion invincible pour la viande, on leur fera prendre du jus de viande

[1] M. Bourneville a rapporté dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* (t. III, p. 53) un cas très remarquable de morphinisme. Son traitement a consisté en la diminution progressive de la morphine; en injections de plus en plus faibles d'atropine; en douches, etc.

fraîchement exprimé, ou du « fluid meat », dans le potage. Le premier jour de ce traitement, le malade est abattu; il a des frissons, des bâillements, des sueurs, et surtout de l'insomnie; on combattra facilement ces symptômes par l'administration, le soir, d'un verre d'un vin généreux ou de Sherry. Le matin on fera des frictions humides à 12° ou 16°.

Par ce mode de traitement, l'auteur n'a jamais vu survenir d'accidents graves, tels que le collapsus. L'état général s'améliore peu à peu; la langue se nettoie, la fétidité de l'haleine disparaît, l'appétit renaît rapidement; les selles reprennent leur régularité, le sommeil revient, le tremblement cesse, les pupilles redeviennent normales, la vue s'améliore, la nutrition enfin s'accomplit d'une manière satisfaisante,

Un point aussi important que la cessation de la morphine est d'empêcher les récidives. Pour éviter les rechutes, il est nécessaire, avant tout, de faire subir à la maladie qui avait nécessité primitivement l'emploi des injections, un traitement rationnel et d'essayer de la guérir.

Mais la prophylaxie la plus importante est placée entre les mains des médecins et des pharmaciens, elle doit consister en ceci : 1° jamais, en aucun cas, le médecin ne remettra au malade ou à son entourage ni seringue de Pravaz, ni liquide à injecter. En faisant une pareille concession à ses clients, un médecin les condamne à mort; 2° les pharmaciens ne délivreront les solutions de morphine qu'aux médecins.

En face des commandes incessantes de seringues à injections sous-cutanées qui sont faites par le public aux fabricants d'instruments de chirurgie, la presse médicale a le devoir d'avertir le public des suites terribles du morphinisme. L'auteur résume en terminant l'intéressante observation qui suit :

« Th. L..., trente-huit ans, célibataire, institutrice, mère névropathe et tante hystérique. A vingt-trois ans (1864), à la suite d'émotions violentes, elle perdit le sommeil; puis, céphalalgie, cardialgies, et névralgie intercostale gauche. En 1869, après une fièvre typhoïde, cet état s'aggrava tellement qu'on dut remplacer le traitement interne par des injections de morphine. Ces injections produisaient chaque fois un soulagement momentané, sans enrayer le mal. Au commencement de 1875, la malade commença à se les faire elle-même, et elle arriva rapidement à huit, neuf, dix seringues par jour. Elle s'injectait par jour en moyenne quarante-cinq centigrammes d'hydrochlorate de morphine. Dans le courant de 1877, fort tremblement des extrémités, constipation opiniâtre, perte complète de

l'appétit, vomissements surtout le matin, cessation presque complète des règles et flueurs blanches abondantes, affaiblissement de la mémoire, apathie, diplopie, accès de fièvre intermittente. Elle pri à diverses reprises la résolution de renoncer aux injections de morphine, mais ne put y parvenir. En janvier 1880, elle alla consulter le Dr Walser, qui me l'adressa.

Voici le résultat de mon examen : taille moyenne, amaigrissement considérable, état squelettique, aspect cadavéreux. La face antérieure des deux cuisses est parsemée de nombreuses piqûres et de petites cicatrices. P. 88, filiforme, lent. T. 38, myosis; langue très chargée, fétidité de l'haleine; tremblement de la langue, des lèvres, des mains, oscillations des paupières, névralgie intercostale gauche. — Extinction du réflexe tendineux; exagération des réflexes cutanés; – urines troubles, sédimenteuses, albumine appréciable.

La malade reçut le soir même pour la dernière fois l'injection habituelle. Le lendemain, 30 janvier, au lieu de la dose ordinaire (quarante-cinq centigrammes) de morphine, on lui injecta à deux heures de l'après-midi neuf centigrammes d'extrait aqueux d'opium ; plus tard, elle prit six pilules contenant chacune un centigramme du même extrait; le soir, un verre de sherry. Puis, tous les matins, frictions de 12° à 16°. Comme régime, du jus de viande, des œufs, du vin ; et, contre la névralgie intercostale, application des courants constants.

Chacun des jours suivants, on injecta un centigramme d'opium de moins jusqu'à ce qu'au 4 février la dose fut réduite à quatre centigrammes; elle fut maintenue telle jusqu'au 20. A ce jour, les règles qui avaient cessé depuis l'automne de 1877, réapparurent sans douleur. Le 20 février on injecta trois centigrammes, et la malade prit quatre pilules; le 22 février, elle reçut une injection de un centigramme et trois pilules en tout quatre centigrammes d'extrait d'opium, c'est-à-dire quatre milligrammes de morphine. Depuis le 31 janvier, la malade eut par jour trois à quatre évacuations alvines spontanées. Au 2 février, le myosis avait disparu, et, le 10, il n'y avait plus que des traces d'albumine dans l'urine. — La patiente jouit aujourd'hui d'un bon appétit; sa langue est tout à fait nettoyée, le tremblement a cessé. Les pupilles sont moyennement dilatées et réagissent bien sous l'influence de la lumière; la névralgie intercostale s'est dissipée, le réflexe tendineux a reparu des deux côtés du corps, et l'état physique et psychique s'est considérablement amélioré. »

L'auteur ajoute comme complément de son observation que la malade ne prend plus depuis le 1er mars que trois centigrammes d'extrait d'opium, et qu'elle a engraissé de 3,700 grammes du 30 janvier au 12 mars.

Elle n'a pris en secret aucune dose de morphine, ainsi que l'a révélé l'examen des urines, qui a été fait depuis le 5 mars, dans le laboratoire du professeur Hoffmann, à l'aide du réactif de Fröhde (solution de dix milligrammes de molybdate de sodium dans dix centimètres cubes d'acide sulfurique pur concentré). L'énergie de ce réactif est telle qu'il peut mettre en évidence jusqu'à cinq dix-millièmes de grammes de morphine.

CH. MAYGRIER.

VI. EDUCATION DES IDIOTS; par le Dr C.-H.-S. DAVIS, de Meriden (Connecticut). (*American medical bi-hebdomadaire*, juin 1881.)

De même que le Dr Berlin, il arrive aux conclusions suivantes en ce qui concerne l'éducation des idiots : 1° les idiots et les imbéciles doivent être traités d'une façon différente et séparément des autres malades; 2° il n'y a aucun avantage à les placer dans les écoles avec les autres enfants; 3° il ne faut pas les enfermer avec les fous dans les asiles; 4° on ne doit pas les incarcérer dans les maisons de correction; 5° on ne les réunira pas aux pauvres pensionnaires des maisons de charité; 6° dans la grande majorité des cas, le traitement sera beaucoup meilleur s'il est bien organisé et fait à domicile. Toutes ces conditions, sauf la dernière, paraissent bien fondées. Il est en effet fort difficile, sauf pour les enfants riches, d'organiser à domicile un traitement et un enseignement convenables.

VII. ALIÉNATION MENTALE CHEZ UN SUJET ATTEINT D'ANÉMIE ET DE CACHEXIE PALUSTRES; par W.-Julius MICKLE. (*Practitioner*, novembre 1881, p. 338.)

Cas curieux d'aliénation mentale, chez un sujet qui ne présentait ni antécédents personnels ou héréditaires, ni cause prédisposante quelconque : quelque temps après le dernier accès palustre, le malade devient incohérent et violent, sans que l'on puisse toutefois constater chez lui ni hallucinations, ni illusions; pendant un certain temps il a été gâteux. En même temps, on voit apparaître des signes d'anémie et de

cachexie avancées ; teinte jaune sale de la peau, œdème très marqué des extrémités inférieures, troubles cardiaques, altération des globules sanguins, etc. Cet état physique et mental dont le début remonte à environ six mois, n'a pas cessé de s'aggraver d'une façon progressive. Le traitement par l'arsenic ayant complètement échoué, le sulfate de quinine est administré à la dose de 1 gramme environ par vingt-quatre heures, et en deux jours on obtient une amélioration appréciable. Au bout de cinquante jours de traitement quinique et martial, le malade est presque guéri ; on suspend la quinine, et on maintient le fer (on avait graduellement abaissé la dose de quinine) ; un mois après, quelques symptômes palustres ayant reparu, on a de nouveau recours au sulfate de quinine, et six semaines après, le malade sort parfaitement guéri, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. R. DE M.-C.

VIII. DE L'INFLUENCE DES MALADIES AIGUES SUR LA GENÈSE DES MALADIES MENTALES ; par Emile KRŒPELIN. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, t. XI, 2 et 3)[1].

B. *Rhumatisme articulaire aigu.* — L'appréciation générale des diverses opinions classiques dont l'auteur fait précéder ce chapitre nous ramène, à peu de chose près, aux généralités qui inaugurent le mémoire. M. Krœpelin se rattache pour certains cas à l'influence de la prédisposition individuelle ; pour d'autres, à l'action de l'hyperthermie (directe ou chimique). Les théories de la métastase, de la propagation inflammatoire, de la dyscrasie hématochimique, doivent à son sens céder le pas à l'étude des ferments infectieux. Le rôle psychopathique des complications disparaît devant l'anémie, conséquence de la dystrophie rhumatismale. Les variations énormes de la fréquence des psychoses en question, selon les diverses statistiques (0,07 à 12, 3 p. 100), seraient favorables à l'interprétation spécifique de leur nature (transformation du génie morbide). Un relevé de cent quatre-vingt-dix faits a fourni à M. K... : *Sexe :* M., 61, 3 p. 100 ; F., 38, 7 p. 100 ; — *âge :* moins de trente ans, 68 p. 100 ; — *prédisposition, constitution nerveuse, anémie, puerpéralité*, 31,5 p. 100 ; — *influences causales quelconques*, 72 p. 100.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. II, p. 263.

Aux termes des indications, ni l'alcoolisme, ni l'intensité du rhumatisme, ni l'hérédité ne mériteraient les anathèmes lancés contre eux, tandis que l'importance des complications cardiaques serait représentée par la proportion de 57,3 p. 100.

La classification repose également, ici, sur la phase de la maladie à laquelle les vésanies se montrent.

I. Celles de *l'acmé fébrile*, les plus fréquentes, contribuent aussi pour la plus forte part à la mortalité d'ensemble causée par les complications mentales du rhumatisme (69 à 70 p. 100). Atteignant surtout les hommes (55 hommes sur 95 cas), elles sont anatomiquement constituées par l'hypérémie des centres, ou la méningite. Celle-ci est, soit purulente (18 observations de ce genre), et dérive alors de foyers pyémiques abarticulaires, soit embolique d'origine cardiaque, soit vasculofibrineuse, et mérite alors le nom de *méningite rhumatismale vraie* (10 observations à l'appui). Il n'y aurait d'ailleurs aucun signe clinique différentiel entre ces formes nécroscopiques, l'ophthalmoscope lui-même étant impuissant à déceler autre chose qu'une congestion papillaire variable (Schreiber), même en ce qui concerne la méningite rhumatismale proprement dite. Une agitation violente durant quelques heures pour faire place au collapsus, tel en est le tableau habituel à la deuxième semaine du rhumatisme, en l'absence de complications cardiaques. Voici, au surplus, le résumé synoptique des distinctions d'ordres divers établies par M. Kræpelin dans cette catégorie.

	Définition. Division.	*Symptomatologie.*	*Pathogénie.*	*Evolution.*	*Traitement.*
FORME HYPERPYRÉTIQUE.	Comprend tous les cas dans lesquels s'établit du *délire* sous l'influence d'une *hyperthermie rapide prodigieuse*. Vingt-deux faits de la bibliographie anglaise représentant l'apoplexie rhumatismale des vieux auteurs — le rhumatisme ataxique, nerveux, typhoïde.	Prodrômes. Léger délire, agitation nocturne. Loquacité. Puis, dans la 2e semaine, brusquement 41°, 42°, 43°, 44°, et mort dans un délire suraigu ou dans le coma, carus. Age. — Moins de trente ans, 77 p. 100. Sexe. — Féminin, 59 p. 100.	Toxhémie par hyperpyrexie, témoin la remission de l'arthrite dans 36 p. 100.	La guérison n'a lieu qu'en 18 p. 100, à la condition qu'il n'y ait point de complication.	Bains froids stimulants [illegible] de collapsus.

	Définition. Division.	*Symptomatologie.*	*Pathogénie.*	*Evolution.*	*Traitement.*
DÉLIRES FÉBRILES.	Embrassent les formes délirantes des anciens auteurs et quelques types de formes apoplectiques et méningitiques. Quarante observations relatives aux types graves des 2e, 3e, 4e degrés.	Moins aigus ; ils appartiennent à la 1re semaine ou au début de la 2e. Agitation maniaque intense, accompagnée de convulsions et névralgies, suivie très vite de collapsus (congestion papillaire ou rétinite de Bouchut.) Rarement mélancolie, hypochondrie accompagnée d'angoisse et d'hallucinations ou stupidité, démence alternant avec du délire nocturne. Chez les jeunes hommes surtout.	Congestion cérébrale, témoins le fond de l'œil et les épistaxis de bon effet. Les cas graves témoigneraient aussi de la toxhémie. Ici également rémission de l'arthrite dans 32 p. 100 des cas.	Généralement après deux à six jours de durée. Mort (32,5 p. 100).	Antithermique et de plus saignées locales, opium. A la période de collapsus, alcool, bains tièdes.

II. Le second groupe de *complexus psychiques*, *intermédiaires*, survient alors que l'organisme surmené par l'hyperthermie est à la fois en proie à des complications (endo-péricardites, affections cardio-pulmonaires). Emanant de l'*hyposthénie* du système nerveux, ils durent tant que l'équilibre physiologique n'est pas réalisé. Ceux-ci (13 cas), constitués par une grande agitation accompagnée d'hallucinations, d'angoisse, entraînent, au bout de deux ou trois semaines généralement, la mort dans le coma (complications séreuses) ; on y rencontre la série des lésions déjà énumérées. Ceux-là (17 faits), concernant des individus prédisposés (anémie, alcoolisme, hérédité), se prolongent le plus souvent quelques mois ; leur forme est celle, tantôt de la mélancolie anxieuse (suicide, chorée, etc.), mortelle ou conduisant à la démence au moment où la fièvre tombe, — tantôt de la démence agitée à caractère mélancolique (chorée, sitophobie, hallucinations diverses) chez les jeunes sujets (évolution favorable). L'anémie cérébrale en est le substratum anatomique. Calmer la fièvre, relever l'économie et le système nerveux affaiblis, traiter les types morbides conformément aux principes de la psychiatrie ; voilà les indications à remplir.

III. Les *psychoses de la convalescence* proprement dites, ou *asthéniques*, *prolongées*, constituant la *folie rhumatismale de Mesnet* (1856), ont pour seul facteur l'hypotrophie déterminée

par le rhumatisme. **Leur développement est évidemment favorisé par toutes les causes d'adynamie (excès, etc.) que l'on observe chez 30 p. 100 des malades, y compris les complications cardiaques graves (11 p. 100). Age toujours le même,** sexe indifférent. **Durant les unes moins, les autres plus de** quatre semaines, **ce sont elles qui représentent l'aliénation** vraie. Leur symptomatologie **polymorphe permet toutefois la** systématisation suivante :

Première série.

Formes qui débutent par de la mélancolie ou de la manie, avec agitation vraie.

Le plus grand nombre : trente-sept faits.

- **1° Soit légères et ressemblant alors aux *délires fébriles*, sauf l'hyperthermie.**
  - **Délire survenant surtout le soir et la nuit (agitation violente et démence exaltée), parfois accompagné d'idées mono-maniaques, d'exaltation passagère et d'hallucinations.**
- **2° Soit graves, caractérisant la forme de *mélancolie anxieuse*.**
  - **Explosion brusque par une agitation suraiguë (parfois cependant quelques légers troubles précurseurs) dans laquelle on distingue des idées de persécution, avec quelque démence ; violences, suicide, sitophobie.**
- **3° Un tiers des cas : au moment de l'abaissement de la fièvre, forme de *démence aiguë des auteurs*.**
  - **Agitation maniaque alternant avec de la mélancolie agitée, tandis qu'hallucinations successantes de la vue, de l'ouïe ; puis calme ou stupeur anergitique.**

Durée depuis une heure jusqu'à plusieurs semaines, mois, ou plus d'un an. Guérison dans 92 p. 100.

Deuxième série.

Malades présentant d'abord de la mélancolie tranquille, avec ou sans idées mononaniaques (systématisation).

- Généralement prodromes : excitabilité, irritabilité, rêves pénibles : idées fantastiques. Graduellement, sous l'influence d'hallucinations diverses, délire mélancolique basé sur des idées systématiques enracinées, suivi généralement de stupidité à caractère de démence aiguë : parfois d'emblée stupidité, mutisme monosyllabique : émaciation, apathie.

Le traitement comme *auparavant* doit être dirigé contre l'état général et la psychose.

M. Krœpelin termine ce chapitre en combattant la suppléance métastatique. Il pense que la rémission articulaire, toute apparente, n'indique pas la disparition du rhumatisme, puisque persistent l'acmé fébrile et l'état général ; si le malade ne sent plus de douleur, c'est à raison de son état mental, celle-ci reparaissant dès que se calme le délire. Les cas où réellement la température et l'état général rétrocèdent, prouveraient que l'affection mentale résulte, non du rhumatisme alors disparu, mais de ses conséquences ; le retour des douleurs articulaires démontre simplement qu'il s'est produit une rechute qui, en ramenant le syndrome pyrétique, ranime le cerveau anémié et fait cesser la psychose. Cette alternance physiologique aurait en sa faveur l'observation que les psychoses sont

en rapport avec les récidives du rhumatisme. Quant aux manifestations choréiformes, elles ne seraient pas spéciales aux psychoses, d'autant qu'il est fréquent de voir les deux syndromes évoluer différemment.

C. *Pneumonie*. — La collation des statistiques des auteurs prouve la fréquence des psychoses dans cette maladie. Les cent cinquante cas réunis par M. K... ont trait à 83,8 p. 100 du sexe masculin ; 52,6 d'un âge inférieur à trente ans. Le mésusage de l'alcool y joue un grand rôle. Marche très prompte. Pronostic relativement favorable.

I. Cent sept cas appartiennent à la *période fébrile*. L'alcoolisme étant établi comme terrain primigène, c'est à l'hyperthermie, qui dans 60 p. 100 dépasse 40°, qu'il faut en attribuer le développement. C'est pour cette raison qu'on y note alors si fréquemment des pneumonies du sommet et que l'évolution, suivant la marche de la température, ne dépasse pas quelques jours. La mort ne se montre que dans 29 p. 100. La symptomatologie comporte deux catégories de types. Les premiers, en majorité, ne dépassent pas l'ascension pyrétique : ils se montrent du quatrième au sixième jour de la pneumonie avec l'élévation thermométrique de plus de 40°, par une agitation nocturne dégénérant bientôt en un délire confus, calme, entrecoupé parfois d'accès de manie ; les accidents marchent parallèlement avec les ascensions et descentes, vespérales et matinales, du thermomètre, la continuité échéante de l'hyperthermie supprimant les rémissions psychiques. Mortalité 35,4 p. 100, concernant principalement des buveurs : congestion méningo-corticale. Le diagnostic repose sur la recherche des signes de la pneumonie, l'examen thermométrique ; la différenciation d'avec le délirium tremens n'est possible que pour les formes accentuées, la parenté étant si intime, que celui-ci leur succède souvent immédiatement. La seconde série d'observations (28) concerne les accidents psychiques qui se prolongent jusqu'à la convalescence; l'hérédité et l'excitabilité nerveuse interviennent déjà dans l'étiologie. Ce sont, ou bien les formes du premier groupe, mais aux derniers jours de la pneumonie, lors de la chute de la fièvre : 38° à 39°, engendrés momentanément par la faiblesse du cœur (hypérémie stasique des centres nerveux); ou bien du délire avec agitation, soit mélancolique (angoisses, persécutions, violences), soit euphorique (mégalomanie exaltée, expansion

joyeuse exultante), soit circulaire, produit et entretenu par des hallucinations visuelles auditives, tactiles, qui, apparu au quatrième ou cinquième jour de l'affection pulmonaire, se prolonge des semaines, des mois après la maladie. Toutes bénignes, ces psychopathies exigent la thérapeutique précédemment nommée et la proscription absolue des actions antiphlogistiques exagérées.

II. L'épuisement nerveux qui résulte de l'hyperthermie pneumonique entraîne, comme à la suite de toute autre pyrexie, des *accidents cérébraux* de nature *asthénique* au moment de la *convalescence* chez des sujets prédisposés par l'hérédité (60 p. 100), l'anémie, l'irritabilité du système nerveux. Aussi les voit-on sévir au delà de trente ans, revêtant, quelque masque clinique qu'ils assument, et ils les adoptent tous, une extrême acuité, en même temps qu'apparaissent les signes de l'épuisement somatique : T. 37° ou 36°,2 ; P. 60. Durée : généralement moins de huit jours ; guérison rapide, grâce au rétablissement de l'équilibre circulatoire par les reconstituants.

Pleurésie. — Bien moins aiguë que la pneumonie, cette maladie, qui d'ailleurs l'accompagne souvent, donne lieu bien plus rarement à des troubles psychiques. M. Krœpelin n'a pu en relever que huit cas dans lesquels l'hérédité exerçait une influence indéniable. Ceux de la *période fébrile*, d'une durée de quatre, douze jours à deux mois, seraient rattachables à la fièvre ; légers ou graves selon le processus anatomique (hypérémie ou inflammation cérébroméningée), ils se présentent sous la forme de la mélancolie anxieuse. Tel est aussi l'aspect clinique de ceux de la *convalescence* en rapport avec l'anémie : durée longue (un an et davantage), généralement guérison.

Coqueluche. — Il s'agit de trois observations de Ferber concernant deux filles et un garçon en proie à la mauvaise humeur, à la crainte, à la sitophobie. Mort d'une des filles. Le garçon, entaché d'hérédité, guérit au bout de quelques semaines. La pathogénie échappe complètement.

D. *Exanthèmes aigus et érysipèle*. — 1° *Variole*. Quelle que soit la part réelle ou idéale prise par l'état fébrile, la congestion encéphalique, l'infection du ferment morbide agissant ou non par décomposition de l'albumine dans les pustules (Emminghaus), à la genèse des phénomènes nerveux, c'est encore à la distinction clinique qu'il convient d'avoir recours alors que les

modalités du délire dépendent de la diversité des stades de l'exanthème fébrile, et peuvent toutes être rattachées à l'existence de l'hyperthermie (stade initial et période de suppuration) ou de l'asthénie (phase d'éruption et période terminale). De là le maintien des deux catégories préalablement établies. — Les *psychoses fébriles*, relevant surtout de l'hyperthermie, se montrent principalement pendant le stade initial c'est-à-dire du troisième au cinquième jour de la maladie; leur évolution dépend de la variabilité de l'ascension thermique : c'est ce qui explique que dans plus de la moitié des cas elles se prolongent sans interruption jusque pendant la suppuration ou même pendant la convalescence mais aussi en diminuant de violence. Elles sont constituées par de la mélancolie avec agitation, excitation psychique, confusion et précipitation dans les idées. Durant en moyenne moins d'une semaine, rarement plus d'une année (hérédité, influences individuelles) elles admettent un pronostic très favorable et la guérison. Le diagnostic ne peut avoir à s'exercer que lorsque le délire précède l'invasion variolique; le thermomètre et la constitution épidémique jugent du cas avant qu'il ne soit bien caractérisé. La vaccination, les antipyrétiques locaux et les calmants, tel sera le traitement. Les *psychoses asthéniques* se développent : les unes, avec la chute de la T. entre la période d'éruption et la fièvre de suppuration; les autres pendant la desquamation. Les premières, caractérisées par un délire hallucinatoire (ouïe et vue) calme, à part les crises occasionnées par la nature désagréable de l'hallucination, seraient en rapport avec la théorie toxhémique d'Emminghaus; M. Krœpelin fait remarquer à ce propos qu'il serait plus logique d'admettre une action zymotique se produisant, dès les premiers jours, directement sur le système nerveux central. D'où cette conclusion d'avoir à réserver pareille pathogénie pour les délires du début, et d'admettre plutôt dans l'espèce un épuisement aigu du système nerveux succédant à l'oscillation thermique considérable, ainsi qu'à la déperdition séreuse centrale (pustulation périphérique). En effet, fréquentes dans les varioles graves, confluentes, ces psychoses se montrent du quatrième au cinquième jour plus ou moins tôt selon que la T. s'abaisse plus ou moins vite, ne durent pas plus de trois jours, excepté quand elles fusionnent avec les accidents cérébraux de la suppuration (25 p. 100 des faits sur vingt observations) et sont mortelles dans le quart des cas. Les deux autop-

sies relevées ne jettent aucune lumière sur la nature des lésions encéphaliques. L'hypothermie indique et le genre de la vésanie et le traitement à mettre en œuvre : fortifiants, opiacés. Les *psychoses asthéniques* de la desquamation se rapprochent bien plus de l'aliénation mentale vraie ; elles en ont la lenteur graduelle d'évolution, et la profondeur d'implantation. Répondant à l'entité mélancolie anxieuse greffée sur des idées délirantes dépressives avec hallucinations, accès d'agitation, tentatives de suicide et sitophobie, elles commencent au début de la troisième semaine par de l'insomnie ou une crise de manie, après la fièvre de suppuration, pour se prolonger de un mois à un an. Sur huit observations, cinq malades ont guéri ; trois, au bout de trois semaines à sept mois, sont simplement améliorés. Toniques ; fortifiants, nutritifs. Elles appartiennent assez souvent à une variole très grave ayant déjà fourni un délire fébrile.

2° *Scarlatine*. Cette fièvre éruptive serait la cause essentielle et non pas l'occasion des troubles nerveux, puisque 14 p. 100 des patients avaient une scarlatine grave à hyperthermie excessive. Elle agirait ainsi particulièrement sur les adultes, car 42 p. 100 des individus observés avaient dépassé l'âge de vingt-cinq ans. Les *psychoses fébriles* y revêtent deux formes, celle du collapsus succédant à une agitation initiale de courte durée ou de la lypémamie avec excitation et obnubilation psychique, hallucinations désagréables (angoisse, agitation, violences). L'exagération de l'ascension thermique et sa promptitude (41°,4) et la malignité de l'intoxication (cas foudroyants de collapsus), voire la complication albuminuro-urémique (ici pas d'hallucination, guérison) en sont les facteurs. Début du quatrième au cinquième jour. Evolution en peu de jours. Deux morts seulement sur seize cas : autopsie négative (infection). Le diagnostic facile de l'urémie comporte le traitement que l'on sait ; sinon thérapeutique antiphlogistique et symptomatique. Les vésanies *de la convalescence* groupées par Thomas sous le nom de *délire nerveux*, résultat de l'épuisement, concernent également un délire lypémaniaque confus à idées changeantes, rarement exaltées, accompagné d'hallucinations. Il apparaît du neuvième au onzième jour pendant la desquamation : durée ordinaire, une semaine. Pronostic absolument favorable.

3° *Rougeole*. Très rares, les troubles psychiques s'y montrent pendant le jeune âge (faible résistance du système nerveux).

Ceux qui accompagnent la fièvre se bornent, au moment de l'acmé thermique, à de l'agitation, de l'insomnie, un léger délire. Quand l'hyperthermie reste médiocre, c'est que l'infection agit seule. Les accidents prononcés devraient toujours être rattachés à une atteinte cérébro-méningée. Marche courte; pronostic favorable. Quatre cas concernent l'asthénie, ayant tous guéri; ils ont trait à un délire furieux avec hallucinations de la vue et de l'ouïe chez une fillette de treize ans; — à de l'agitation avec mélancolie confuse chez une petite fille de huit ans; — à de la manie confuse avec violences et sitophobie chez le frère de cette malade âgé de six ans (folie à deux); — enfin à un délire hallucinatoire chez un homme de vingt-sept ans.

4° *Erysipèle.* Il ne donne lieu à des manifestations psychiques que lorsqu'il occupe ou envahit la tête et se transporte sur l'aponévrose épicrânienne. C'est bien la localisation céphalique (troubles de circulation) et l'hyperthermie, jointe à l'action zymotique en certaines épidémies, qui engendrent un délire furieux, une agitation extrêmement violente, pendant la fièvre ainsi qu'en font foi deux autopsies: taches rosées dans l'écorce du cerveau et obstructions emboliques des sinus. Dans les cas favorables, les accidents cessent avec l'état fébrile, à moins qu'une prédisposition ne les prolonge, transformés, jusque pendant la convalescence. La même cause, du reste, paraît donner la raison du délire asthénique qui peut se montrer à cette seule période. En cette double occurrence, on a affaire à une exaltation mentale caractérisée par de la mégalomanie, de la loquacité incohérente, de l'insomnie, des hallucinations de la vue et de l'ouïe gaies, rarement à de la mélancolie anxieuse ou stupide. M. Krœpelin signale, chez une jeune fille de vingt-deux ans, une espèce de démence à forme d'imbécillité succédant pendant la convalescence à un délire gai de la période fébrile. Durée habituelle : une semaine. Guérison.

E. *Fièvre typhoïde.* — C'est la maladie aiguë par excellence du délire et des troubles psychiques. La division comporte les manifestations du stade prodromique et des premiers jours rassemblées sous le nom de *délires initiaux* : comme ils se montrent avant l'hyperthermie et les anomalies de circulation, ils doivent être rattachés uniquement à la toxhémie typhique (dyscrasie hématique), ainsi qu'à l'action directe du poison sur le tissu nerveux. Ils affectent d'une manière générale la

forme de la mélancolie active : ressemblant à certains types de fièvre intermittente larvée ou au début d'une psychose ordinaire, ils précèdent d'un peu ou de quelques jours l'évolution thermique classique, pour persister ordinairement jusqu'à la convalescence. Sous le nom de *psychoses fébriles*, il conviendrait de rassembler d'abord les délires de la première semaine, plus ou moins semblables aux délires initiaux (formes de passage); puis ceux de la période d'état de l'affection : c'est alors qu'interviennent progressivement les éléments pathogénétiques: fièvre, hyperthermie, troubles circulatoires, dégénérescences parenchymateuses, consomption du tissu nerveux, complications agissant immédiatement ou médiatement sur le cerveau. A ces psychopathies doit être réservée, toutes choses égales d'ailleurs, la dénomination de manie; mais c'est une manie polymorphe, protéique, combinée à des phénomènes d'excitation et de dépression. On en rapprocherait la forme méningitique (excitation cérébrale) de Liebermeister, survenant brusquement au cours de la deuxième semaine, en même temps que la température baisse, accident d'ailleurs passager. L'évolution de toutes ces modalités cliniques ne dépasse pas d'habitude quelques heures à un mois. Un quart des observations démontre leur prolongation au delà de la convalescence pendant des mois, voire des années. Le pronostic des psychoses fébriles est bien plus favorable que celui des délires initiaux. La mortalité de ceux-ci étant de 62, 5 p. 100 (infection intense), celle des délires de la première semaine n'atteint que 41 p. 100, tandis qu'il ne meurt que 21,8 p. 100 malades en proie aux accidents psychiques de la période d'état. Les symptômes défavorables sont : les convulsions et le trismus qui indiquent toujours l'intensité des processus cérébraux. Les autopsies pratiquées décèlent de l'hypérémie méningo-cérébrale, de la méningite de la base et de la pachyméningite ; ce sont la courbe thermique et les manifestations somatiques qui décideront du diagnostic. Les antithermiques, l'hydrothérapie et les sédatifs habituels seront également mis en œuvre. Aux *psychoses de la convalescence ou asthéniques* appartiennent et les psychoses des stades terminaux prolongées, et celles qui apparaissent sous l'influence de l'épuisement général, et de la dénutrition de l'économie. L'asthénie survenant chez des individus prédisposés exagère leurs côtés faibles et produit des troubles profonds, voire irréparables dans la nutrition du système nerveux central. Aussi,

malgré les 71,8 p. 100 de guérisons de cette sorte de perturbations, la marche est-elle plus longue que pour aucune des vésanies antérieures : elle va de un mois à un an et même davantage en 38 p. 100 des faits. Les entités cliniques observées se ramènent aux quatre rubriques synthétique suivantes : 1° idées délirantes isolées ou hallucinatoires; — 2° agitations plus ou moins aiguës; — 3° mélancolie calme, parfois stupide accompagnée d'idées délirantes; — 4° faiblesse mentale. Les indications ressortissant à la communauté de la cause se résument à relever les forces, stimuler l'énergie cardiaque; l'amélioration mentale une fois obtenue, on peut essayer de la gymnastique psychique (Maresch). Quant aux vésanies qui se manifestent longtemps après l'épuisement du poison typhique, il en est d'elles comme de toute psychose née sur un terrain prédisposé ; la fièvre typhoïde a simplement préparé le système nerveux, elle n'est plus en cause. — Les maladies voisines de la fièvre typhoïde donnent bien plus rarement lieu qu'elle aux psychopathies. M. Krœpelin en a réuni six exemples relatifs à la *fièvre récurrente*, dont cinq appartenant à la période fébrile (manie furieuse) et un au stade apyrétique de la seconde reprise (mégalomanie avec agitation); terminaison favorable. Il renvoie à Panthel, Delasiauve, Holthoff (*Correspondenzblatt* de Erlenmeyer, XVIII, 8, 1872) pour les cas semblables concernant le *catarrhe gastrique et intestinal aigu*.

F. *Choléra asiatique*. — La diffusion et la brièveté des documents bibliographiques sur cette question expliquent le peu de connaissances acquises. Les recherches de M. Krœpelin lui ont appris l'absence de psychoses pendant le stade prodromique, leur rareté excessive malgré les troubles circulatoires (stases veineuses) émanant de la déperdition aqueuse rapide de la période algide. L'excitabilité et l'insomnie, souvent même la violente agitation que l'on observe pendant la phase de réaction, seraient imputables aux congestions en retour (brusque reprise de la tension normale), bien plus qu'à l'influence du ferment cholérique. — C'est le *choléra typhoïde* qui brille par la fréquence et l'accentuation des perturbations mentales : quelques jours après l'évolution des premières manifestations somatiques se développe soudain un délire aigu avec agitation violente, loquacité, insomnie (observ. personnelles), ou un état soporeux, comateux (observ. des auteurs). L'ignorance où l'on est de la nature et des causes de cette forme clinique explique

l'impossibilité d'éclairer la pathogénie de ces psychoses, d'origine fébrile, congestive ou peut-être urémique. — La convalescence ou plutôt les oscillations considérables subies par la constitution des humeurs chargées de la nutrition, en un mot la dystrophie cholérique sont responsables des trois types: agitation maniaque aiguë — mélancolie avec idées délirantes et hallucinations — stupeur. Durée moyenne, un mois. Guérison. Hydrothérapie, et, contre les accès épileptiformes, électricité (van Holsbek).

L'impossibilité de réunir des matériaux sérieux, touchant la genèse des psychoses par d'autres maladies aiguës, dut forcer l'auteur à borner là ses monographies. Il signale la diphthérite (Lombroso), la métrite et l'oophorite aiguë (Becquet), la péritonite (Krafft-Ebing), la dysenterie (Moussaud), l'angine phlegmoneuse (Thore, Weber, Chéron), la glossite suppurée (*Acten der Münchener Kreisirrenanstalt*), la néphrite aiguë, l'ictère grave, la pyémie, la puerpéralité et la lactation[1]. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCOLOGIQUE

Séance du 27 mars 1882. — Présidence de M. Dally.

M. Motet, qui a entre les mains un projet de loi sur les aliénés présenté au parlement italien, en développe devant la Société les principales dispositions.

M. Billod. A mon dernier voyage à Rome, M. Depretis m'a mis au courant de ce projet, et m'a fait l'honneur de me demander mon avis sur certains points incomplets.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. I, p. 604.

M. Voisin. A l'occasion du malade de M. Ball présenté à notre dernière réunion comme atteint d'hallucination unilatérale consécutive à une lésion de l'oreille, je tiens à faire remarquer que ces faits ne sont pas nouveaux. J'ai déjà publié en 1868 des observations analogues.

Prix Belhomme. — M. Legrand du Saulle annonce à la Société qu'il vient de recevoir de la famille Belhomme un titre de rente de trois cents francs destiné à récompenser le meilleur travail présenté à un concours dont les conditions seront réglées ultérieurement.

Auscultation des parois du crâne. — M. P. Marais (de Tours) lit une note sur un mémoire du docteur Roberto-Adriani, médecin directeur du Manicôme de Pérouse. Ce médecin italien, se basant sur ce fait qu'en appliquant la main sur la tête d'une personne qui parle on perçoit une vibration, a recherché si certaines maladies cérébrales ne pourraient pas modifier la transmission des paroles du sujet à l'oreille de l'observateur.

De la responsabilité des faibles d'esprit. — M. Motet fait une savante communication sur les débiles héréditaires, sur ces êtres aux apparences brillantes, facilement accueillis dans le monde qui se laisse séduire par des dehors trompeurs. Quelques aptitudes, une vaniteuse confiance en soi, suffisent bien souvent à masquer leur insuffisance la plus complète.

Mais comme ces individus subissent des entraînements les plus irréfléchis, si le hasard les a servis, ils peuvent avoir dans leur passé des actions d'éclat qui leur donnent une réputation de courage, voire même d'héroïsme, que l'on serait malvenu à contester. Et si l'on puisait plus avant dans leur vie, on y trouverait les plus singulières défaillances, l'instabilité dans l'esprit, le décousu dans les actes, des lacunes profondes qui pour nous sont significatives. A l'appui de sa thèse, M. Motet apporte plusieurs observations qu'il a recueillies avec M. Blanche. Il suffit d'en citer une.

X... appartient à une famille dans laquelle on compte plusieurs cas d'aliénation mentale et d'affections nerveuses. Son père a succombé à une maladie pendant laquelle il a eu la raison profondément troublée ; un de ses proches parents est mort à la maison de Charenton ; son grand-père, sa grand'mère et une grand'tante, ainsi qu'une cousine du côté de son père étaient connus par leur originalité et leurs excentricités et présentaient des désordres du système nerveux.

Dès sa première enfance, on remarqua chez X... des signes non équivoques de ces mauvaises prédispositions héréditaires, et malgré les soins affectueux dont il a toujours été l'objet, on n'a pas réussi à détruire chez lui les effets du vice congénital. A peine âgé de quelques mois, il avait déjà des colères inquiétantes par leur fréquence,

leur longueur et leur intensité ; il était dans un état constant de surexcitation qui altérait sa santé générale, et on ne l'éleva que grâce à des soins exceptionnels. Il était si délicat et si nerveux qu'on le garda longtemps dans la maison paternelle et qu'on ne le mit que très tard au collège.

D'une pétulance et d'une turbulence excessives, d'une intelligence peu ouverte, incapable d'attention et d'application, il était rebelle au travail et ne montrait d'aptitude que pour les exercices corporels. Lorsque la guerre éclata, il avait seize ans et demi ; il était fort avancé dans ses classes. Sans écouter aucun conseil, il s'engagea ; enfermé dans Paris pendant le siège, il se conduisit bravement. La guerre terminée, il rentra au collège, reprit ses études, et parvint très difficilement à se faire recevoir bachelier.

Depuis il a été successivement auxiliaire au ministère des finances, attaché à la trésorerie d'Afrique, et enfin commis d'administration centrale. Sa conduite dans ces divers emplois semble avoir été plutôt régulière ; mais dans sa vie privée, il a toujours témoigné d'une grande inconstance dans ses idées et d'un défaut d'équilibre dans ses facultés.

Ainsi, nous l'avons déjà dit, X... n'est pas intelligent ; si l'on ne peut le considérer comme un faible d'esprit, c'est au moins une tête extrêmement légère : une idée lui traverse le cerveau, si étrange qu'elle soit, il l'accepte sans réflexion, sans jugement ; ses désirs sont tout aussi impérieux ; il ne peut leur opposer aucune résistance, et ce n'est qu'après les avoir satisfaits qu'il en reconnaît les dangers, alors qu'il n'y a plus qu'à en regretter les conséquences. Au collège, il n'a jamais pu se mettre à la discipline, et ni les remontrances, ni les punitions, n'avaient d'effet sur son caractère impétueux et désordonné. Dans sa famille, il a toujours été un sujet de préoccupations et de soucis ; la sollicitude la plus éveillée était impuissante contre ce qu'on appelait ses *coups de tête* . Jamais avec lui une heure de tranquillité et de confiance ; alors qu'il semblait être le plus calme, il partait, disparaissait, et, lorsqu'au retour on l'interrogeait, il répondait simplement qu'il ne pouvait s'expliquer à lui-même ce qu'il avait fait, qu'il avait cédé à un entraînement irrésistible : au milieu de la conversation la plus paisible, ses yeux devenaient hagards, ses paroles incohérentes, et il perdait toute conscience de lui-même. Souvent, pour les motifs les plus futiles, il avait des colères terribles, proférant des menaces, brisant tout ce qui lui tombait sous la main. En même temps, et bien qu'il n'ait jamais eu devant les yeux que les meilleurs exemples, et que son éducation ait été fondée sur les préceptes de la moralité la plus scrupuleuse, X... donnait des preuves d'une absence complète de sens moral, froissait sans s'en douter les sentiments les plus respectables, ne craignant pas, par exemple, de demander à ses parents des meubles pour une femme avec laquelle il vivait, s'éton-

nant que cette demande ne fût pas accueillie, et ne pouvant comprendre qu'on en fût froissé.

Ainsi qu'il arrive souvent, on espéra que le mariage serait un remède à ce désordre d'esprit et de conduite, que l'affection d'une femme dévouée, les devoirs d'abord d'époux, puis de père, contiendraient cette effervescence et auraient un effet salutaire.

Cet espoir fut déçu. Depuis qu'il est marié, il n'est pas devenu plus raisonnable; il continue d'être sujet aux mêmes emportements; le prétexte le plus insignifiant provoque chez lui des colères folles, il crie, il brise, il menace de se tuer, de se jeter par la fenêtre. Les facultés affectives ne sont ni modifiées, ni améliorées ; il semble toujours aussi étranger aux sentiments les plus naturels et les plus respectables ; il n'a d'autre loi que ses goûts et ses désirs; le mal aussitôt accompli, il le déplore, il en exprime un grand repentir, non à la façon d'un homme qui mesure la gravité de sa conduite, cette notion ne peut pénétrer dans son esprit, mais comme un enfant qui a été pris en faute. S'il a sur le moment même l'intention sincère de ne pas en commettre de nouvelles, ce bon mouvement ne dure pas et le souvenir en est probablement effacé. Il ne peut en être autrement, parce que X..., quoique arrivé à l'âge adulte, est encore un enfant, intellectuellement et moralement : il obéit à ses instincts sans que sa débile raison puisse les contrôler et les réprimer; ses facultés effectives et morales sont oblitérées, il a déjà fait des actions qui eussent pu avoir pour lui de sérieuses conséquences; il est légitime de craindre qu'il n'en fasse de plus graves encore; mais on ne saurait lui en attribuer la responsabilité.

Un jour X... est arrêté au jardin d'acclimatation au moment où il sortait emportant des oiseaux d'espèce rare qu'il avait tués, comptant les manger avec sa maîtresse, et pendant l'instruction de son affaire qui avait entraîné un rapport médico-légal de M. Blanche, il se faisait arrêter de nouveau pour un outrage public à la pudeur commis un soir sous les arcades de la rue de Rivoli.

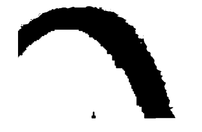
Chez ce malade l'influence de l'hérédité s'accuse de la manière la plus évidente, et il n'est pas besoin de faire ressortir l'inconséquence de la conduite d'un homme qui, sous le coup de poursuites judiciaires pour vol, au lendemain d'une intervention médicale, au milieu des angoisses de sa famille, se laisse surprendre en flagrant délit d'outrage public à la pudeur dans l'un des lieux les plus fréquentés de Paris.

M. Motet termine sa communication en faisant remarquer que ces faits, d'une appréciation souvent si délicate, si difficile, ne sauraient être jugés sans la connaissance exacte de tout le passé. Il n'est pas permis de présenter à leur sujet une formule générale, avec la prétention qu'elle pourra s'appliquer à tous les cas. Il faut étudier chaque fait isolément, et, si cela est vrai dans toutes les expertises médico-légales relatives à la folie, cela est vrai surtout

dans l'examen des débilités mentales, où chaque individu, tout en appartenant à un type classique, n'en a pas moins son caractère propre. Et comme il s'agit là de degrés, quelquefois même de nuances, c'est en s'entourant des renseignements les plus complets, en procédant avec la plus prudente réserve, que le médecin donnera la solution d'un problème grave intéressant à la fois l'individu dont la liberté peut être compromise, la société qui a le droit de se défendre.

Le divorce pour cause d'aliénation mentale. — M. BALL fait observer que le divorce, cette question palpitante d'actualité qui passionne l'opinion publique, s'impose d'elle-même à la discussion de la Société médico-psychologique, et doit être inscrite d'urgence à l'une des séances. Deux éminents aliénistes [1] ont été invités par la commission parlementaire à donner leur avis sur la curabilité de la folie et l'opportunité d'inscrire dans la nouvelle loi, l'aliénation mentale parmi les causes de divorce. La réponse faite par nos savants confrères, qui semblent vouloir repousser l'aliénation mentale comme cause de divorce parce que, paraît-il, ils ont vu guérir certaines maladies chroniques sur la guérison desquelles on ne comptait guère, ne laisse pas que de me surprendre un peu. Je me sens poussé à leur demander s'ils sont eux-mêmes, en principe, partisans déclarés du projet de loi qui va venir en discussion. Car s'ils le repoussent d'une manière générale, je n'ai rien à ajouter; mais si, au contraire, ils l'acceptent, je crains qu'ils ne se soient trop laissé guider par des questions de sentiment. Il ne faut pas, en

[1] MM. Charcot, Magnan et Blanche ont en effet été appelés à donner à la commission parlementaire du divorce leur avis sur différentes questions laissées à leur appréciation.
Nous croyons savoir que les questions principales qui leur ont été posées peuvent se résumer à peu près ainsi : Quelles sont les formes mentales dont vous pouvez affirmer la constante incurabilité ?
La paralysie générale, qui par sa fréquence se présentait en première ligne à l'esprit, a été écartée parce que le conjoint atteint de cette affection confirmée, serait mort dans la plupart de cas avant la fin des démarches que nécessiterait la demande de divorce introduite par l'autre conjoint.
Le délire chronique a été également repoussé par la commission, à cause de certains cas assez nombreux de guérisons inespérées observées par M. Magnan dans ces temps derniers.
L'épilepsie n'a pas non plus été acceptée comme cause de divorce, parce que les futurs conjoints peuvent s'éclairer sur leur santé réciproque avant le mariage, et, aussi parce que le nombre des épileptiques déjà mariés est fort considérable.
Si la commission s'est montrée sévère, c'est surtout pour ne pas surcharger la nouvelle loi et diminuer ainsi les chances de la voir aboutir.



effet, perdre de vue l'intérêt de la société en général, lequel prime bien, on en conviendra, celui des deux conjoints.

Or, si vous refusez la dissolution du mariage pour cause d'aliénation mentale, vous allez ainsi favoriser la procréation d'individus entachés de la tare héréditaire et, partant, la diffusion des cas de folie. De nos jours on prend pour habitude de concentrer à tel point sa sollicitude sur les faibles, qu'il n'en reste plus pour les forts. Je regrette donc les tendances qui se sont fait jour jusqu'à ce moment, et j'estime que dès l'instant qu'une occasion s'offre à nous de réduire l'hérédité morbide, dont personne ne tentera de contester le rôle si considérable, il faut s'empresser de la saisir et admettre, en conséquence, l'aliénation mentale très nettement caractérisée, au nombre des causes du divorce.

MARCEL BRIAND.

Séance du 22 mai 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DALLY.

M. DALLY développe quelques considérations sur l'histoire d'un homme gaucher, âgé d'une cinquantaine d'années, qui venu d'Amérique à Paris pour se distraire, fut frappé, étant au théâtre, d'une attaque apoplectiforme que rien ne faisait prévoir. A la suite de ce choc, il est resté *hémiplégique à gauche, aphasique et agraphique* avec conservation assez complète des autres facultés intellectuelles. Après quelques jours, l'aphasie disparut presque complètement, mais l'agraphie persista et maintenant encore le malade, qui a reconquis le langage oral, est dans l'impossibilité absolue d'écrire son nom, et de plus, malgré tous ses efforts, il n'est pas encore arrivé à épeler un seul mot. Aujourd'hui le bras gauche, autrefois paralysé, peut lui rendre beaucoup de services, tandis qu'au contraire la jambe correspondante s'est progressivement contracturée.

M. LUNIER rapporte un cas à peu près analogue qu'il a observé chez un chef de bureau bien connu d'une grande administration.

M. VOISIN met sous les yeux de la Société une série de planches représentant des cerveaux d'idiots.

M. LUYS montre quelques cerveaux durcis par le procédé ordinaire : bichromate de potasse et à la glycérine phéniquée ; son interne, M. Variot, les a recouverts de poudres métalliques de diverses couleurs qui délimitent très nettement les différentes régions de l'encéphale.

MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN.

Séance du 15 mars 1881[1].

L'ouverture de la séance par M. le président LÆHR comporte des communication d'ordre administratif. M. DÖRRENBERG occupe le siège de secrétaire au lieu et place de M. SCHÆFER, empêché par la maladie.

La première communication d'intérêt scientifique apaartient à M. R. SCHRŒTER, de Dalldorf. Elle a trait à la *nécessité de donner des congés hors de l'asile aux criminels psychopathes*. Ce travail concerne à la fois les aliénés criminels qui, vu leur état mental, sont innocents de tout crime, à la fois les criminels aliénés c'est-à-dire les malfaiteurs devenus fous pendant leur séquestration. Les renvois auraient pour raisons générales l'encombrement produit par les versements fréquents qu'opèrent les prisons dans les asiles et l'organisation des asiles qui est loin de correspondre aux conditions exigées pour la garde d'individus dangereux ; outre qu'ils dégrèveraient le budget de l'établissement, voici les considérations humanitaires et pénales qu'il importe de soupeser. Le licenciement serait effectué par la direction centrale sous les auspices et indications du médecin, faisant ou non reprendre le malade par ses parents, absolument comme les aliénés assez améliorés pour être rendus à titre d'essai à leurs occupations. Quoique se plaçant au point de vue de la santé, le psychiâtre serait en règle avec le § 23 du Code pénal allemand qui ordonne la remise de la peine aux condamnés s'étant bien conduits pendant les trois quarts du temps de leur châtiment. Dans les deux cas, il s'agit de fournir aux malheureux l'occasion de reprendre une profession honorable, sauvegarde ultérieure d'une rechute mentale et morale, et souvent de rendre un père de famille aux siens. Bien plus, les établissements d'aliénés sont, par la vie de famille qu'on y rencontre, bien plus propres à préparer le relèvement, le retour à la vie sociale. D'ailleurs, le théâtre de l'essai sera le voisinage ; l'amélioration suffira toujours pour que, la force morale étant revenue, les conditions soient favorables aux habitudes d'honnêteté et de raison : car le progrès à réaliser dans les maisons pénitenciaires ou psychiâtriques consiste précisément à ne pas oblitérer, chez les sujets qui leur sont confiés, le sens de la vie sociale. — Pour cher-

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. II, p. 293. Séance du 15 décembre 1880.

cher les indications individuelles qu'il faut interroger avant de conseiller le congé du criminel aliéné, on doit examiner : 1° le côté moral de l'individu, 2° l'acte accompli par lui, 3° les formes de la psychose, 4° le degré d'empire mental qu'il a récupéré. Une longue observation peut déceler le caractère normal, l'existence d'anomalies congénitales ou habituelles, le rapport exact qui lie l'action à la folie, la fourberie du sujet et le degré de conscience, l'évolution morbide, la périodicité des manifestations (épilepsie), les impulsions irrésistibles, les hallucinations dans leurs relations avec l'acte, le poids de l'intelligence et de la volonté dans l'autorépression du délire, la nature alcoolique des phénomènes, l'état des habitudes antérieures; tels sont les éléments dont on tiendra compte avant de permettre le congé en supposant que le stade de calme maximum de la psychose soit atteint. — La récidive d'un crime n'entraînera pas la détention à perpétuité s'il s'agit d'un aliéné criminel dont la nocuité a récidivé avec un nouvel accès de folie; la nature psychopathique étant patente, se montrer circonspect à l'avenir mais en étudiant le genre de crime commis, la façon dont il a été pratiqué, enfin les éléments psychologiques : on se représentera le danger des hallucinés en proie au délire des persécutions, des états impulsifs, des phénomènes d'angoisse, d'une agitation violente périodique sous l'influence ou non de l'alcoolisme, sans proscrire de la vie commune ceux qui réguliers et calmes depuis longtemps, ont l'intelligence affaiblie mais inoffensive. Les mêmes formules éclairciront la décision du médecin à l'égard des criminels aliénés; mais ici on se souviendra que la continuation de la peine interrompue attend toujours. Cette décision aura pour objectif de procurer au malade un champ de travail ordinaire et de groupe autour de lui toutes les conditions favorables à sa réhabilitation, tout en ne le perdant pas de vue. — Le moment du traitement qui conviendra au licenciement dépendra de l'ancienneté de l'amélioration et de sa rapidité rapprochées de la gravité du crime, pour les aliénés criminels. Le § 3 de la loi oblige les aliénés criminels à une année au moins d'internement quand on envisage les grandes pénalités. — Si l'aliéné ne revenait pas à l'expiration du congé, la loi aurait la même action sur lui que dans le cas de mise en liberté provisoire des gens tarés; seulement généralement cette infraction résulterait chez nos malades de la crainte qu'ils auraient de perdre une situation acquise en chômant le temps nécessaire à leur voyage à l'asile, de fausses idées sur une nouvelle décision possible du directeur à leur égard, de temporisations imputables à leurs occupations. Aussi importe-t-il d'engager la responsabilité des parents ou des patrons par des certificats d'embauchages ; on obtiendrait de la sorte des renseignements précis sur son malade. — Les formalités que l'autorité remplirait se bornant à ce qui a été mentionné plus haut, pour les

aliénés criminels ou les criminels aliénés de peu d'importance, comporteraient, quand le congé devrait atteindre un temps assez long, un certificat de légitimation délivré par le directeur de l'asile, visé par la police au lieu d'habitation, les cas douteux pour la mise en liberté à titre d'essai réclamant qu'on avertit directement les autorités. Les autres criminels aliénés, les aliénés ayant commis des crimes graves, les récidivistes pourraient rentrer dans la catégorie des individus que l'autorité surveille et pour qui elle exige une demande spéciale d'élargissement de l'asile avant toute décision. De même la prolongation du congé qui prépare la réintégration totale dans la société imposerait l'avertissement de l'autorité, *a fortiori* quand celle-ci se réserve une restriction préalable. Le congé définitif nécessiterait toujours la pose de cette question à l'autorité. — La demande de grâce est un devoir pour ces malheureux suffisamment guéris pour gagner leur pain au dehors, mais désormais impuisants à supporter la peine qu'ils avaient encourue.

Usiter pour tous ces malades le même mode de traitement qu'on emploie vis-à-vis des autres aliénés, substituer la main secourable de l'aliéniste à celle du geôlier, dispenser le congé sur des éléments d'appréciation scientifiques qui en indiquent l'étendue, préparer la rentrée honorable, déraciner ce préjugé que le criminel aliéné est la combinaison d'un double danger : voilà le but. Pour l'atteindre et convaincre de l'inanité des craintes, une observation longue, attentive, spécialisée au côté moral et à l'élément dangereux du malade, un traitement approprié et l'obligation d'une personne responsable chargée du libéré sont suffisants. Au travail, et notamment à celui de l'agriculture qui a déjà produit de bons effets, il faut joindre le travail social par des mises en liberté provisoires accordées de bonne heure. Elles produiront à leur tour un résultat quand en même temps que de toutes les causes d'excitation psychique on aura débarrassé l'aliéné vivant en paix des tracasseries administratives et policières.

L'auteur prie en conséquence l'assemblée de provoquer la nomination d'une commission chargée d'examiner son projet et particulièrement : 1° La question des congés à accorder aux criminels aliénés pour les cas où le médecin aurait obtenu une transformation intégrale des facultés morales sans la guérison complète de la psychose ; — 2° celle de l'expiation de la peine après l'obtention de la guérison à l'asile, en tenant compte de la durée du châtiment et du séjour à l'asile, ainsi que de la nécessité de renvoyer des criminels aliénés qui, guéris, ne pourraient supporter néanmoins le fardeau de leur punition ; — 3° le mode de contrôle à exercer sur les criminels aliénés, qu'ils soient en congé ou renvoyés définitivement.

Il demande que la commission se compose de juristes expéri-

mentés et de médecins aliénistes pratiques qui veuillent bien assurer la mise en œuvre d'un fonctionnement compatible avec la sécurité des citoyens. Il serait utile de former une société de prévoyance s'occupant d'aider les malheureux en question à leur sortie, entre celles qui se proposent isolément cet objectif soit pour les aliénés soit pour les condamnés.

La discussion extemporanée à laquelle prennent part MM. Ideler, Lœhr, Jastrowitz, Edel, Reinhardt décèle une tendance favorable à de telles conclusions. Mais à raison de l'importance des propositions émises et de leur nouveauté, pour faciliter d'ailleurs l'exposé des conceptions contraires qui se sont fait jour au sein de l'assemblée, M. le président, d'accord avec la Société, nomme une commission chargée de formuler nettement les points à traiter dans la prochaine séance. Cette commission se compose de MM. Jastrowitz, Ideler, Mendel, Schreter, Zinn.

Sous le titre de *Contribution à la casuistique des blessures de l'écorce du cerveau*, le Dr Richter communique l'histoire d'un malade et son autopsie. Il s'agit d'un aliéné offrant des phénomènes de démence paralytique tout à fait au début que l'on trouve un jour en proie, probablement à la suite d'une chute, à toutes les manifestations d'une affection cérébrale grave. Comme le patient chancelle sans présenter de symptômes de paralysie, on pense à une de ces hémorrhagies qui rappellent les hématomes de la méningo-périencéphalite chronique diffuse avec complication de méningite. Cinq à six jours après l'accident, la sensibilité est extrême dans tous les membres et au tronc : intégrité de la motilité ; la tête qui auparavant était agitée de tremblements par accès demeure immobile. Dilatation pupillaire; pas de paralysie faciale. Parole précipitée mais obtusion intellectuelle cédant bientôt à la somnolence. Mort dix jours après l'accident. L'autopsie montre à droite et en avant trois déchirures dure-mériennes. Une triple fracture s'étend : de l'extrémité de l'occipital au sommet du temporal gauche, du milieu de l'occipital au trou déchiré postérieur droit, et sur le tiers externe de la face antérieure du rocher droit. Une hémorrhagie a détruit le pied de la troisième circonvolution frontale, le sommet de la seconde frontale et le gyrus rectus avec l'olfactif, du côté gauche ; il en est de même du point de jonction de la frontale et de la pariétale ascendantes à leur partie inférieure, du pied de la seconde frontale, de la surface de la première temporale et de la totalité de la troisième temporale à son bord supérieur. Hémisphère droit indemne.

Un épanchement sanguin occupe le corps calleux vers son tiers postérieur au voisinage de la voûte à trois piliers. Les dépressions de la base du crâne sont inondées de sang à gauche. L'existence d'une suffusion sanguine dans l'aponévrose épicrânienne à la région postérieure gauche prouve que le malade a reçu le choc sur l'occiput

de ce côté; de là les trois fractures et, la pression s'effectuant vers les régions antérieures droites, les déchirures artérielles dans les circonvolutions du côté gauche et sur une petite zone du côté droit, accompagnées des dilacérations de la dure-mère opposées. M. Richter explique l'absence d'aphasie malgré la lésion classique par la conservation de la paroi externe de la troisième frontale, de celle qui forme la limite de la branche ascendante de la scissure de Sylvius; il rapproche de la destruction des circonvolutions temporales du côté gauche la difficulté que le malade avait à fixer les sons pour comprendre ce qu'on lui disait (aphasie sensorielle de Wernicke), tandis que les altérations des circonvolutions motrices à l'extrémité du sillon de Rolando ne furent pas suffisantes pour produire la paralysie du facial et de l'hypoglosse. Le tremblement de la tête serait dû, pour l'auteur, à l'excitation d'un récurrent par le processus encéphalique du côté gauche.

Discussion.

M JASTROWITZ, prenant en considération les lésions des circonvolutions temporales, inclinerait, si les résultats cliniques n'y contredisaient pas, à penser à un trouble dans la réception des sensations sonores; sur l'assertion de M. Richter que le malade, incapable de répondre aux questions, ne réagissait que très peu, il croit que le tableau symptomatique est impuissant à décider si l'aphasie fut ataxique ou sensorielle.

Pour M. Schröter la perception encore partielle au début disparut plus tard. M. Jastrowitz explique la confusion des phénomènes malgré l'étendue des lésions par la conservation d'un certain nombre d'éléments au milieu des extravasats. La modification et l'incertitude des symptômes excluent toute conclusion.

M. Reinhardt, vu l'athéromasie des artères cérébrales, pense qu'une série de poussées exsudatives ont succédé au premier épanchement sanguin jetant le désarroi dans la symptomatologie, tandis que M. Richter attribue les modifications séméiologiques à l'ascension fébrile. Du reste, ajoute ce dernier, sur une question de M. Lehr, la coloration était partout homogène excepté au pourtour de l'artère sylvienne où l'on trouvait un début de suppuration et de décoloration.

Une seconde communication du Dr RICHTER concerne un cas de *périencéphalite purulente consécutive à une infection septique*. Le paralysé général dont il s'agit, arrivé à la période de démence, subit pour une arthrite fongueuse une double désarticulation du pouce droit et du petit orteil gauche. Il meurt au bout de quatre jours après élévation thermique de 42°; 40°,4; 43°,1. On trouve à l'autopsie une leptoméningite purulente englobant la moitié antérieure de l'écorce. Absence d'autre foyer en aucune région du corps. M. Richter est d'avis dans l'espèce que l'affection mentale, si elle peut retarder la

guérison des plaies, n'a rien à voir avec la septicémie laquelle pénètre l'organisme sous la forme d'un contagium vivum d'origine extérieure. La sélection du foyer pour ce cerveau déjà enflammé est loin d'être la règle, témoin deux autres cas décrits par lui dans lesquels des paralysés généraux infectés par la résorption septique virent leur processus encéphalitique s'améliorer nonobstant, témoin chez ce dernier aliéné les accidents du décubitus avec fièvre, sans que la périencéphalite prenne la marche aiguë : ces différences doivent tenir et à la malignité du principe infectieux et au caractère de l'inflammation cérébrale chez tel ou tel individu.

L'auteur rappelle à ce propos le travail de M. Stenger, celui-ci recommandant non de pratiquer des frictions médicamenteuses sur le crâne des paralytiques curables, mais d'exercer une dérivation sur leurs extrémités inférieures par des avivements. Les deux dernières observations recueillies ici témoignent de la valeur du bien fondé d'une telle méthode.

Avant de lever la séance, l'assemblée fixe comme date de sa prochaine session le 15 juin de la même année. (*Allg. Zeitsch. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medic.*, XXXVIII, 2 et 3.)

P. Keraval.

Séance du 15 juin 1881.

A la suite des communications administratives de M. Lœhr, président, M. Schrœter vient soumettre à l'appréciation de la Société quatre des conclusions adoptées par la commission dont il est le rapporteur, relativement au *Renvoi provisoire ou définitif des criminels et délinquants aliénés* (Voir la séance du 15 mars dernier). La discussion, à laquelle prennent part MM. Zinn et Guttstadt, entraîne des modifications dans la rédaction des divers paragraphes examinés. On s'arrête en définitive au texte des trois propositions suivantes :

1° Les criminels et délinquants aliénés qui se trouvent dans les asiles doivent être soumis, quand il s'agit de leur accorder un congé temporaire ou définitif, aux mêmes mesures que tout autre psychopathe, à la condition que leur peine ait été subie ou que l'examen prescrit par le paragraphe 51 du Code pénal allemand ait été effectué. — Il va de soi que les aliénés à tendances criminelles ne sauraient être libérés sans la plus extrême circonspection préalable ;

2° La sortie limitée ou décisive d'un criminel aliéné, actuellement dans un asile et qui n'aurait pas purgé sa condamnation, incombe à la décision de l'autorité chargée de dispenser les mêmes faveurs aux détenus de l'établissement pénitencier dont est sorti le

délinquant en question pour entrer dans l'asile. La réintégration de tels aliénés de l'asile à l'établissement pénitencier dépend de la direction de l'asile, voire de l'autorité préposée à l'établissement psychiâtrique ;

3° L'installation de divisions réservées aux délinquants et criminels aliénés dans les grands établissements pénitenciers s'impose de toute nécessité ; il serait surtout indiqué d'établir un service spécial de cet ordre commun à plusieurs établissements correctionnels, le service étant fixé dans l'un.de ceux-ci.

M. Guttstadt complète la discussion par quelques chiffres concernant la fréquence de la folie chez les délinquants ; il les emprunte à tous les établissements pénitenciers ou de détention qui ressortissent au ministère de l'intérieur dans une période de dix années. Tous les ans on compterait cinquante-huit hommes et treize femmes devenus aliénés sur l'effectif d'ensemble des établissements, soit 0,08 p. 100 quant au sexe masculin, 0,07 chez le sexe féminin. La proportion des psychopathes serait de 0,18 p. 100 pour les hommes et 0,20 p.100 pour les femmes détenus dans les maisons de correction. Ces chiffres, qui pourraient bien être trop faibles (affirmation sur ce point de M. Schrœter), sont complétés sur la demande de M. Zinn par l'énoncé du temps qui s'est écoulé entre l'infraction à la loi et l'admission dans l'asile d'aliénés. Sur les sept cent dix-neuf criminels et délinquants aliénés qu'observa M. Guttstadt dans la même période (583 hommes, 136 femmes), il s'est écoulé moins de trois mois de détention avant l'explosion de la folie chez 30,4 p. 100 des hommes et 40,16 p. 100 chez les femmes.

M. Zinn affirme que le nombre des criminels aliénés que l'on rencontre dans les asiles est bien au-dessous de la quantité relativement grande des cas de psychoses qui existent en réalité dans les établissements pénaux. Il cite des cas de délinquants continuellement atteints par des peines disciplinaires à raison de leur mutinerie et qui incontestablement étaient sous l'empire d'une entité psychique morbide passant inaperçue aux yeux du médecin de l'établissement ; d'autre part les médecins des prisons et établissements pénitenciers, redoutant l'habileté des simulateurs, ne se rendent que trop tardivement à l'évidence de la folie.

M. Lærr comprend d'autant mieux la mise à exécution de l'article 3 dans le royaume de Prusse que la Saxe en a donné l'exemple. C'est dans cet Etat, à Waldheim, qu'on a tenté pour la première fois de combiner à un établissement pénitencier un asile hospitalier autonome confié à la direction d'un psychiâtre.

M. Dœrrenberg lit un mémoire sur *les examens de l'urine chez les aliénés*. Après avoir rappelé l'influence du système nerveux sur la nutrition et les sécrétions, après avoir émis l'opinion que bien des hallucinations du goût et de l'odorat peuvent être rattachées à des

anomalies dans les sécrétions afférentes à ces organes, il se propose de déterminer les anomalies chimiques de l'urine dans leurs rapports avec les formes des psychoses. L'auteur a analysé avec le plus grand soin la plus grande quantité des urines des aliénés à des moments du jour identiques; ces recherches, pratiquées à Schweizerhof, ont porté sur toutes les substances, sur tous les groupes chimiques que cette humeur renferme. Ce sont notamment les urines de la nuit de dix aliénées en proie à des entités psychopathiques diverses, examinées pendant longtemps par séries de trois à quatre jours consécutifs, qui lui ont fourni les conclusions suivantes. L'acide urique a été trouvé en plus forte proportion (1 par rapport à 25 d'urée) en un cas de catatonie et dans les divers états d'agitation maniaque (1 : 22); la quantité en était considérablement diminuée dans quatre observations dont trois avaient trait à des modalités un peu différentes de la folie du doute, et la quatrième concernait une mélancolie récente teintée de délire des persécutions. Les sulfates doubles avaient subi une augmentation de 25 p. 100 chez les maniaques agités, de 16 à 18 p. 100 dans la mélancolie en question, alors que leur proportion se trouvait moindre de 5 à 7 p. 100 dans les trois cas de folie de doute.

A la suite de quelques remarques présentées par MM. Sponholz, Muller et Zinn, M. Læhr invite les jeunes médecins à poursuivre leurs recherches en commun sur ce sujet dans les établissements auxquels ils sont attachés en adoptant un plan uniforme et une méthode d'examen déterminée.

Plusieurs communications inscrites à l'ordre du jour ayant été retirées, M. Læhr appelle l'attention sur un sujet dont bien des points demeurent encore dans l'ombre, sur les *folies périodiques*. Il en communique à la Société un fait remarquable par la régularité des accès. La malade dont il s'agit, atteinte de perturbation psychique secondaire, est en proie depuis plus de six mois à une agitation périodique par époques régulières parfaitement délimitées de trente-six heures; c'est-à-dire qu'à un laps de temps de calme durant trente-six heures, caractérisé par de la faiblesse intellectuelle, succède une hyperexcitabilité accompagnée d'une agitation modérée, d'un mutisme prononcé. Cet état progresse modérément; mais au bout de trente-six heures apparaît un accès de violente agitation avec cris, promenade, sévices contre l'entourage, malpropreté. Après trente-six heures de durée cet état cède la place à une nouvelle période de moyenne agitation avec loquacité qui dure un temps égal pour être remplacée à son tour par une période de calme et ainsi de suite. La fin de chaque période est marquée par la diminution de l'agitation au regard de l'hyperexcitabilité du corps de chacune d'elles, mais le début de toute phase nouvelle tranche nettement sur celle qui a précédé : les anomalies dans la durée précitée ne dépassent jamais une demi-heure.

M. Benno communique *un cas de paralysie progressive périodique.* Il concerne un homme de trente-neuf ans, qui, dès le 2 mars 1878, était au stade initial de la paralysie générale; on constatait en même temps chez lui les troubles de la motilité appartenant au tabes, de la blépharoptose du côté gauche et de la mydriase, ainsi qu'une perforation tympanique (otite moyenne) du côté droit. Une courte rémission fut bientôt suivie de deux accès épileptiformes à la fin d'août. A ce moment tous les phénomènes mentionnés s'aggravent, l'oreille témoigne d'une nouvelle poussée inflammatoire, et peu à peu les bruits anormaux perçus comme tels par le malade se transforment en hallucinations; en même temps, angoisse précordiale intense, excitabilité psychomotrice prononcée. Telle est du moins l'image de chaque paroxysme, les stades intermédiaires étant caractérisés par le calme, l'enjoûment de l'humeur. C'est dans la première semaine d'octobre que se produit l'*alternance régulière à type tierce des phases d'agitation;* elle se continue jusqu'à la fin de décembre, l'agitation se montrant dans les heures tardives de l'après-midi et du soir et affectant une violence d'autant plus grande que les paroxysmes précédents ont été moins vifs et que la pause de calme a duré plus longtemps. Les rémissions observées ne constituaient pas de simples périodes d'épuisement nerveux, car on remarquait pendant leur évolution l'animation psychique normale et la participation du sujet aux occupations de la maison, aux conversations et promenades de l'asile; il recevait avec plaisir les visites de ses parents, lisait, jouait aux échecs, etc. En outre, alors que durant les stades d'agitation il ajoutait foi sans critique aux hallucinations et à leur teneur terrifiante (accès d'angoisse), il racontait en riant pendant les rémissions que des voix stupides (*sic*) lui rappelaient par exemple qu'il y a dix ans il avait été trouvé gisant dans la rue en état d'ivresse.

M. Gock apporte à ce propos une observation également remarquable. La malade dont il s'agit, après n'avoir pendant dix jours présenté d'autre symptôme qu'un défaut de discernement, tombait tout à coup dans le calme et le mutisme; l'expression de la physionomie devenait rigide et morose, et sans se soucier le moins du monde des personnes de son entourage, elle allait et venait continuellement. L'impulsion motrice s'accroissant les jours suivants au point de persister jour et nuit et de revêtir un caractère automatique, on dut l'alimenter artificiellement : gâtisme. Jamais on n'observa d'idées délirantes ni aucune manifestation de cet ordre. Cet état durait treize ou quatorze jours, se terminant aussi brusquement qu'il débutait. Puis les allures presque normales notées plus haut reparaissaient pendant dix à onze jours, sans que la patiente se souvint de ce qui s'était passé au cours de la période d'agitation: elle savait simplement que quelques jours s'étaient écoulés, desquels elle n'avait aucune mémoire. La maladie ne concordait pas

avec les époques menstruelles, les règles venant régulièrement tant lors de l'accès d'agitation qu'en dehors de lui. L'emploi du nitrite d'amyle, qui semblait indiqué à raison de la pâleur du visage au début de l'agitation, demeura sans résultats; le bromure de potassium administré à la dose de douze grammes par jour dans l'intervalle des crises fit disparaître la régularité du type dans sa période et dans sa durée. — La séance est levée sur cette communication. (*Allg. Zeitsehr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Mediz.*, XXXIX, 1.)

P. K.

XIVe CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST

SESSION DE CARLSRUHE

Séance du 15 octobre 1881.

La séance est ouverte à trois heures de l'après-midi par M. le curateur Fischer, qui, après avoir exposé les questions d'ordre administratif intéressant l'assemblée, propose de décerner la présidence à M. de Rinecker. Celui-ci est élu par acclamation. — Son premier soin est de consacrer à la mémoire du Dr Fischer, conseiller intime aulique, décédé depuis la dernière séance, de chaudes paroles de regret. L'assistance se lève en l'honneur du collègue défunt.

M. Kirn traite ensuite de l'*importance médico-légale des impulsions sexuelles perverses*. Cette définition embrasse toute impulsion génitale qui se manifeste sous un mode différent des errements naturels et cherche sa satisfaction en des procédés anormaux. M. Kirn distingue une impulsion sexuelle ayant trait à des individus d'un sexe différent encore impubères et une perversion génitale s'exerçant pour un même sexe. A la première catégorie ressortit par exemple la recherche libidineuse des fillettes non adultes par des vieillards ou des individus sénescents en apparence comme au moral, (amnésie, déchéance morale); la démence sénile vraie exige l'acquittement légal; la constatation des symptômes de l'af-

faiblissement psychique devrait, dit l'auteur, comporter toujours l'admission des circonstances atténuantes. Le second groupe comprend, sous le nom de sensation sexuelle contraire (inversion du sens génital de M. Charcot), l'amour de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme [1]. Les observations de ce genre ont le plus souvent à leur actif étiologique l'hérédité et le nervosisme : en tenant compte en outre de la périodicité des manifestations chez certains individus, M. Kirn se range à l'opinion de Westphal pour qui le cerveau de tels sujets a subi l'imprégnation morbide de la transmission héréditaire; M. Kirn en rapporte du reste deux nouveaux faits ayant entraîné condamnation pénale, malgré la constatation d'anomalies psychiques; c'est tout au plus si le tribunal admit des circonstances atténuantes.

M. Furstner, sans méconnaître les lacunes législatives, fait remarquer que les impulsions sexuelles perverses se montrent également chez des paralysés généraux, des crétins, etc... et que, par conséquent, chaque cas doit mériter un examen individuel avant de supporter une conclusion quelconque. Ainsi à côté de l'entité : inversion du sens génital, il existe une forme morbide identique chez l'onaniste auquel on ne saurait évidemment prodiguer aucune indulgence. La prudence du médecin légiste doit être d'autant plus grande que tout dernièrement, lors de la publication des mémoires visés ici, on eut affaire à des cas de simulation, le criminel raffiné empruntant aux résumés les éléments psychopathiques qui lui étaient nécessaires. En ces trois dernières années, M. Furstner vit neuf individus de cette sorte reconnus par lui comme simulateurs. La constitution complète et définitive du type pathologique peut seule servir le médecin; or il est encore à l'étude.

M. Kirn réplique qu'il propose simplement d'éclairer juges et jurés sur un cas particulier, le rapport médico-légal étant notoirement incapable à lui seul d'atteindre ce but. Si, comme il le croit lui-même, la sensation sexuelle perverse n'est qu'un symptôme, au moins est-elle un symptôme important exigeant une attention sérieuse.

Professeur Jolly. *De la capacité de tester des aphasiques*. A propos du testament d'un aphasique datant de 1682 (collection Pitaval et reconnu bon par le tribunal, l'auteur appelle l'attention sur les diverses opinions de la jurisprudence allemande en cette question à l'égard des aphasiques simultanément agraphiques. Le nœud du sujet est le suivant. A quel point l'aphasique a-t il ses facultés psychiques oblitérées, que le symptôme observé provienne d'un simple trouble fonctionnel ou d'une affection du cerveau? A intensité égale, l'aphasie par amnésie se rattache a une perturbation mentale plus grave que l'aphasie par akinésie. La pathogénie ne

[1] Voir les *Archives de Neurologie*, t. III, p. 53.

permet pas encore d'asseoir un jugement précis sur l'une quelconque de ces formes; l'examen minutieux du malade incombe à chaque cas particulier. En général, profanes et médecins tendent à surtaxer ce qui reste d'intelligence à l'aphasique.

M. Freusberg. *Disposition et aménagement de l'asile d'aliénés de la Lorraine à Sarreguemines*. L'établissement nouvellement construit a été livré pendant l'été de 1880[1]. Il peut recevoir 450 malades et comporte avec les services hospitaliers une superficie de sept hectares. Il réalise en somme le système des pavillons, chaque division (des hommes ou des femmes) comprenant des corps de bâtiments pour pensionnaires, aliénés calmes, demi-agités, paralysés généraux, épileptiques; il existe en outre un baraquement-hôpital. Au centre, entre les deux divisions, sont situés les bâtiments de l'administration, l'église avec la salle des fêtes (non encore construite), les locaux de la cuisine, le logis des machines, la buanderie, les bains centraux, la salle des morts. Total: dix-huit édifices entre lesquels il n'y a pas de voies de communication couvertes. Chacune des constructions occupe le centre de cours qui les desservent, cours par lesquelles il faut absolument passer pour atteindre le bâtiment. Seules les cours des aliénés agités et des demi-agités sont entourées de murs; les autres sont ceintes de taquets en bois. Les huit édifices réservés aux tranquilles, demi-tranquilles, gâteux paralytiques et épileptiques, hommes et femmes, se décomposent en deux segments n'ayant de commun que le réfectoire médian. Chaque section consiste en une salle de réunion, un ou plusieurs dortoirs, plusieurs chambres d'isolement et un cabinet d'aisance, le tout sans corridors. La lumière et l'air sont versés à flots par des fenêtres disposées sur les parois opposées. — Les cellules et les chambres d'isolement sont constamment placées aux angles des constructions, de sorte qu'il n'y ait nulle part adjacence de ces pièces. Le bâtiment des agités embrasse, outre les quatre cellules des angles, quatre autres pièces de même sorte en saillie sur le front de la construction, qui sont pourvues d'une antichambre enclavée entre le lieu d'habitation et le dortoir. — Le chauffage s'effectue par des poêles chez les agités, par la vapeur d'eau dans les autres divisions. Les lieux d'aisance se composent de sièges se déversant deux à deux en une même cuvette d'où une chasse d'eau conduit les matières dans l'égout. — M. Freusberg, après avoir critiqué au cours de sa description le mode de groupement des pavillons et leur seul accès par les cours, fait remarquer que toutes les précautions prises dans un but d'isolement n'étouffent pas complètement les cris perceptibles encore par les habitants des cellules du côté opposé. Il insiste par conséquent sur la nécessité de s'entourer de conseils médicaux quant aux détails de construction et d'installation des

[1] Voir les *Archives de Neurologie*, t. III, p. 108.

nouveaux établissements. Sur le territoire de l'asile, qui est de quarante-sept hectares, on trouve à quelques minutes de l'établissement un domaine disposé pour une colonie agricole.

M. Fuerstner s'enquiert du mode de transport qu'on a usité vis-à-vis des malades de Maréville. — L'établissement, continue M. Freusberg, possède un embarcadère à lui sur la voie. On a donc pu transférer directement les aliénés par wagons. On n'eut à déplorer aucune incartade, peut-être parce que le changement de conditions plaisait aux sujets en question. Plusieurs d'entre eux durent simplement s'abstenir de liaison amicale, le personnel ne parlant que peu français. — A la demande de M. de Rinecker, l'orateur répond que le coût total a été de 2,700,000 marks (3,375,000 francs).

M. Schule. *Des incidents d'ordre chirurgical chez les aliénés.* Sous ce titre, l'auteur se propose exclusivement de passer en revue, pour aiguillonner la surveillance préventive, les traumatismes et lésions que se sont infligés les malades sous l'influence de leurs impulsions délirantes et de leurs sensations pathologiques. Il s'en tient à ceux qui ont guéri, laissant dans l'ombre les lésions osseuses. Nous relevons : l'arrachement des cheveux et de la barbe, un des aliénés espérant que la place de chaque poil serait désormais occupée par une plume comme il convient aux anges; — trois cas de céphalhématome; — la perforation du tympan à l'aide de petits morceaux de bois; — l'amputation totale de la langue par une jeune fille monomaniaque à l'aide d'une alène ébréchée; — une section du pneumo-gastrique au cou (mort en huit jours) avec tous les symptômes y afférents que nous a appris la physiologie expérimentale; — un suicide dénotant la persistance et l'opiniâtreté énergique que l'on connaît des monomanes de cette catégorie, le patient s'étant tranché la gorge à l'aide d'un petit couteau caché par lui dans un espace interdigital. A côté de l'ingestion d'animaux vivants et d'éclats de verre, nous trouvons l'histoire d'un malade qui, après avoir avalé la moitié de sa cuiller, n'eut des coliques et du melæna que trois mois après; au bout d'un an et demi se forment des abcès dans la région inguinale droite, abcès qui persistent jusqu'au jour où, dans la profondeur de la poche (un mois de durée), on pêche le manche de l'instrument. Un cas de phlegmon du cou à la suite de la déglutition d'un paquet d'aiguilles. Deux femmes étaient tourmentées du désir de s'enlever les mamelons. Les castrations, arrachements et amputations volontaires du pénis, l'introduction de corps étrangers contondants ou tranchants dans le vagin, d'un crochet de fer dans l'anus participent des histoires déjà connues.

Le Dr Rieger mentionne à cette occasion un cas dans lequel l'aliéné s'était avec les doigts luxé le globe oculaire et déchiré le nerf optique sous prétexe qu'une voix lui commandait de s'arracher l'œil.

Le D[r] Gutsch demande quels sont les cas récents de guérison des psychoses réflexes (sympathiques) par l'extirpation de la cicatrice pathogénétique. M. Furstner en rapporte un; mais il pense qu'en somme il y a bien peu de faits de ce genre où l'on doive manifestement attendre des résultats d'une opération.

Séance du 16 octobre.

L'assemblée décide d'abord de tenir le prochain congrès de nouveau à Carlsruhe. MM. Schüle et Kirn sont élus comme organisateurs. Le D[r] Fischer prend l'engagement de communiquer à cette époque son rapport sur les cellules capitonnées.

M. Landerer. *Douze thèses à l'appui de la fondation des colonies d'aliénés* : confirmation expérimentale par une *pratique de quinze années à la colonie de Freihof*. Les résultats objectifs apportés par l'auteur en faveur du travail en liberté des malades émanent d'une observation de trois mille malades, le groupement colonial ressortissant à environ quarante hommes sur un effectif général de trois cent cinquante (population mêlée). Voici ses conclusions textuelles :

1° L'encombrement croissant des asiles d'aliénés joint aux progrès constants de la dépense publique pour ces malades impose l'obligation d'installer des établissements d'évacuation, réservés par exemple à ceux d'entre eux devenus incurables. Il s'agirait qu'ils pussent y trouver à meilleur compte un mode de traitement aussi bon, voire meilleur, que dans les systèmes employés jusqu'à ce jour.

2° Un grand nombre de psychopathes incurables peuvent parfaitement se passer des asiles modernes dont les services scindés entraînent bien des frais. Beaucoup n'ont besoin que d'un ensemble de soins ressortissant à une commune organisation du traitement et du travail, le fusionnement dégrevant le budget.

3° On pare bien mieux aux besoins actuels en utilisant, selon les circonstances, des locaux déjà existants plutôt qu'en fondant ces hospices d'infirmes connus sous le nom d'asiles d'aliénés dont les sujets languissent dans l'incapacité et l'inertie somatique. Une simple adaptation aux besoins spéciaux nous donne une colonie d'aliénés comme annexe aux asiles fermés.

4° Le traitement des aliénés dans les familles est impraticable, vu les conditions de notre existence actuelle.

5° Vouloir organiser la colonie dans l'établissement ou construire des asiles d'aliénés agricoles en poursuivant l'espérance de faire travailler le terrain, le sol par les malades, constituent autant d'illusions erronées que l'expérience condamne, parce qu'on ne peut compter que sur une fraction des aliénés pour le travail et que le re-

crutement d'une population de journaliers s'opère lentement. L'implantation d'un asile doit précéder l'institution agricole; c'est lui qui doit enfanter la colonie. Les avantages financiers et thérapeutiques imputés à l'organisation d'Alt-Scherbitz, comparés aux résultats des modes en usage jusqu'ici, demandent plus ample démonstration.

6° Une colonie ne peut se développer que comme annexe immédiat à un établissement fermé. Elle ne saurait en être éloignée de plus de quelques kilomètres[1], vu que les soins émanent forcément de l'asile. Toute distance plus considérable nécessite l'installation dans la colonie même de services analogues à ceux de l'asile; ce qui vicie le caractère social du système et annihile les bénéfices économiques par l'impossibilité du prompt emploi des déchets et de l'adaptation ménagère proprement dite.

7° La colonie n'a pas besoin de médecin; le personnel dirigeant se résume en un agriculteur; les mêmes médecins fonctionnent à la colonie et à l'asile.

8° La colonie et l'établissement dépendent d'une seule et même direction économique et médicale.

9° C'est l'élève des bestiaux[2] qui doit être l'objet d'une colonie d'aliénés; cette exploitation plus qu'aucune autre renfermant en soi tous les avantages curatifs et pécuniaires des colonies au regard des autres genres d'occupations.

10° Le nombre des aliénés capables de colonisation est moindre qu'on ne le croit généralement; de plus, ils fournissent en somme peu de travail. Il est impossible d'apprécier même approximativement leur production laborieuse en nombres ou en fractions, en prenant pour unité la capacité de travail des gens bien portants.

11° L'avenir de la colonie, son développement, ses avantages thérapeutiques et financiers sur ceux des autres modalités curatives dépendent de la rondeur du terrain et de la facilité avec laquelle son sol se laisse cultiver.

12° La culture horticole n'a nul avantage sur les autres formes d'occupations champêtres, ni au point de vue médical ni au point de vue économique; elle devient par suite insoutenable.

M. Kirn, regrettant que M. Landerer ne puisse préciser ses indications, quant à la différence entre les prix du traitement à l'asile et à la colonie, M. Landerer réplique que l'économie gît justement dans l'adjonction du système agricole à une distance relativement faible de l'asile, ainsi que dans la communauté d'administration, de personnel.

M. Fürstner rappelle que Kœppe comptait cinquante travailleurs pour un effectif de deux cents aliénés. M. Landerer répond que lui,

[1] A Freihof, la distance est d'un kilomètre.

[2] On en exclut l'élevage des chevaux, qui exige une égalité d'humeur impossible à exiger dans l'espèce.

sur trois cent cinquante malades obtient en moyenne trente à trente-six journaliers qui se résument en dernière analyse en douze colons solides. L'installation des repas à la colonie, dit ensuite M. Landerer, pour répondre à une interrogation du même collègue, comporte le transport des aliments le matin, à midi, le soir, en des vases appropriés.

M. Schule regrette de ne pas voir de médecin en permanence à la colonie ; il lui paraît au moins indispensable que les travailleurs aliénés soient visités de grand matin avant la besogne. Tel n'est pas l'avis de M. Landerer, qui en vingt ans n'a jamais eu à constater de cas urgent nécessitant un médecin résidant.

M. Freusberg. Combien y a-t-il de travailleurs bien portants sur le nombre ? Dix. — Que fait-on dans le cas d'une crise paroxystique d'agitation se déchaînant soudain ? Le malade est immédiatement réintégré à l'asile, la colonie ne renfermant rien pour parer à ces éventualités.

M. Furstner. En dehors des colons habituels évalués environ à trente, tire-t-on, selon les besoins, de l'asile d'autres travailleurs ? Rarement. M. Landerer fait en outre remarquer que les femmes ne sont en général employées qu'aux temps des récoltes.

M. Rieger communique à l'assemblée les notes prises par lui à la colonie française de Fitz-James à Clermont (Oise), lors de son séjour à cet asile pendant quelques jours. Il les tient du directeur M. Labitte.

M. Kretz. *De l'hyoscyamine.* Les études ont été faites avec l'hyoscyamine de Merck, employée aux doses progressives de 5 mill. à 1, 2, 3 cent. par jour soit à l'intérieur en gouttes, poudres, etc., soit en injections hypodermiques. Les principaux symptômes observés sous cette influence furent : sensation de constriction thoracique, dyspnée, asthénopie avec sensation de mouches volantes démangeaisons désagréables, sécheresse pharyngienne polydipsie avec mouvements de déglutition forcés, nausées, sentiment de pression céphalique avec étourdissements (oscillations et disparition du sol sous les pas); la confirmation objective résulte de l'observation du ralentissement respiratoire se transformant bientôt en une fréquence des mouvements thoraciques, de la diminution du nombre des battements du pouls faisant aussitôt place à leur exagération, enfin d'une mydriase double égale et constante. L'auteur a également vu de la parésie des membres inférieurs entraînant parfois une chute, mais il n'eut à noter aucun phénomène univoque constant, du côté de la nutrition, ni ces manifestations désagréables imputées au remède employé à petites doses telles que collapsus, pouls filiforme (impureté de la préparation ?) Cette substance ne s'accumule pas ; la durée de ses effets n'a rien d'uniforme. Les altérations du cœur, la propension

aux fluxions et stases, les dégénérescences séniles imposent une prudence spéciale dans son emploi. Conclusions:

I. L'hyoscyamine agit: 1° sur le sensorium. D'où un effet hypnotique pur et un effet calmant; 2° sur les centres moteurs; 3° sur les nerfs moteurs et sensitifs.

II. L'hyoscyamnie convient: 1° dans les cas où d'autres narcotiques y compris la morphine sont abandonnés; 2° quand domine l'élément moteur (manies chroniques à rémission ou folies circulaires); 3° lorsque la démence s'accompagne de l'excitation de certaines sphères sensitives.

M. Rieger. *De l'albuminurie dans les maladies cérébrales.* Ayant eu l'occasion d'être consulté au sujet d'une des malades de M. Hagen (observation III du travail: les maladies des reins comme cause de psychose [1]), malade auparavant observée par le professeur Jolly (*Berlin. Klin. Wochensch.*, 1873, 21), l'auteur a déduit de la suite de l'histoire qu'il s'agit non d'une néphrite ayant causé la psychose, mais d'une maladie cérébrale héréditaire, dont M. Hagen n'avait vu que le premier acte. L'*albuminurie était ici le symptôme de l'affection mentale* d'autant qu'il n'y avait pas d'œdème et qu'on nota de l'ischurie. La patiente, qui avait complètement guéri de la totalité de ses premiers accidents, a d'ailleurs été reprise de troubles mentaux quelques années plus tard et se trouve aujourd'hui en état de démence avec agitation périodique... M. Rieger rapproche de ce fait l'albuminurie expérimentale de Cl. Bernard, celle du delirium tremens (Furstner), des épileptiques, des hystéro-épileptiques, de l'éclampsie puerpérale (tantôt lésions des reins, tantôt reins indemnes), et fait ressortir que la fugacité du symptôme est une preuve de son origine. « Certainement, ajoute-t-il, les observations d'*albuminurie nerveuse* se multiplieront à mesure qu'on les recueillera sans prévention et qu'on se préoccupera simplement de déterminer l'enchaînement étiologique des manifestations sans s'inquiéter de la question de pathogénie. Toute décision sur son origine vasomotrice ou autre est laissée à la recherche du physiologiste, de l'expérimentateur et du clinicien. »

M. Jolly admet en principe la thèse de M. Rieger, mais dans le cas considéré, l'intensité de la néphrite ressort de la durée de l'albuminurie (3 semaines) ; elle peut donc tout au moins avoir contribué à la production des phénomènes cérébraux.

M. Furstner. L'albuminurie, au même titre que l'hyperthermie, la glycosurie, l'excitabilité motrice, doit prendre rang parmi les symptômes des affections cérébrales.

M. Rieger admet que l'on puisse considérer son observation comme douteuse : il faut pour conclure définitivement des faits indiscutables

[1] Voir aux Revues analytiques.

avec autopsie. Mais il rappelle que le diagostic néphrite exige le concours des œdèmes rapides, des douleurs, de l'état trouble caractéristique d'une urine fréquemment sanglante. L'ordre du jour étant épuisé, le président clôt la séance en remerciant ses collègues de leur active collaboration. (*Allg. Zeitsschr. f. Psych. u psych. gerichtl. Medic.*, XXXIX. I.) P. K.

BIBLIOGRAPHIE

De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (*tabes spécifique*); par A. Fournier. Masson édit. 1882.

Un certain nombre d'auteurs, et Duchenne tout le premier, avaient signalé la syphilis dans les antécédents des ataxiques; mais c'est M. Fournier qui, dans ses leçons faites à Lourcine, a, le premier, cherché à établir une relation étiologique entre la vérole et le tabes dorsal. Cette première tentative fut froidement accueillie en France : MM. Grasset et Vulpian furent à peu près les seuls à l'accepter et à l'appuyer. A l'étranger, au contraire, de nombreuses publications favorables virent le jour pour ainsi dire coup sur coup, et il convient de signaler en particulier celles de M. Erb. Cependant on s'était surtout livré sur cette question à une étude de détail et chaque observateur n'apportait qu'un nombre limité de faits. M. Fournier rentre en campagne avec un total de plus de cent observations personnelles; et de l'ensemble de ses recherches sur les faits où les conditions étiologiques ont été notées d'une manière précise, il résulte que quatre-vingts ataxiques sur cent ont eu la vérole; la syphilis semble jouer souvent le rôle de cause effective. L'ataxie est une manifestation appartenant presque exclusivement à la période tertiaire: elle peut apparaître à toutes les étapes de cette période, mais elle est surtout fréquente de la sixième à la douzième année. Les causes adjuvantes qui déterminent la localisation de la syphilis sur les cordons postérieurs de la moelle épinière, sont personnels ou héréditaires; parmi les premières, toujours les excès de tout genre et surtout le surmenage nerveux; parmi les secondes, l'existence chez les ascendants de maladies quelconques du système ner-

veux cérébro-spinal. — D'après les faits de M. Fournier, l'âge auquel fait invasion l'ataxie d'origine spécifique est compris entre vingt-quatre et cinquante-neuf ans. Elle est de beaucoup moins fréquente chez la femme.

L'ataxie se produit de beaucoup le plus souvent à la suite de syphilis originairement bénignes, eu égard à la fois au petit nombre des accidents, à leur peu d'intensité et de durée. Presque toujours la syphilis a été insuffisamment traitée au début.

On ne peut pas s'attendre à voir l'ataxie d'origine syphilitique se présenter avec des symptômes bien différents de ceux de l'ataxie ordinaire: toutefois M. Fournier fait remarquer que si le tabes spécifique débute le plus souvent par des douleurs fulgurantes qui peuvent rester isolées pendant longtemps, ces douleurs offrent ce caractère qu'elles sont souvent très peu intenses et très propres à tromper l'attention du médecin qui doit mettre en œuvre les médications spécifiques dès l'apparition de douleurs pouvant se rapprocher des douleurs fulgurantes proprement dites. D'ailleurs, étant donnée l'importance des indications thérapeutiques qu'on peut en tirer, il est plus indispensable que jamais d'établir au plus tôt le diagnostic du tabes spécifique ; aussi M. Fournier insiste-t-il avec soin sur la symptomatologie de la période de début, préataxique du tabes; en particulier sur les troubles oculaires et génito-urinaires. Au début de la période ataxique, l'incoordination motrice peut passer inaperçue non seulement du malade, mais encore du médecin : M. Fournier décrit cinq procédés pour découvrir l'ataxie naissante : 1° faire marcher le malade au commandement : *a*) le malade étant assis le prier de se lever et de se mettre en marche aussitôt levé; *b*) faire marcher le malade en le priant de s'arrêter court, aussitôt qu'il en recevra le signal; *c*) lui faire faire un mouvement subit de volte-face; 2° signe de l'escalier, (gêne surtout pour descendre); 3° signe fourni par l'occlusion des yeux (signe de Romberg), le malade appuyant sur les deux pieds; 4° signe déduit de l'attitude à cloche-pied; 5° station à cloche-pied avec occlusion des yeux. M. Fournier attache une importance considérable à l'absence du réflexe rotutien qu'il a toujours constatée quand il l'a cherchée même au début de la période préataxique.

Les troubles oculaires peuvent rester plusieurs années à l'état d'isolement ou du moins n'être accompagnés que de troubles fort peu accentués; il en découle, dans l'ordre de faits actuels, la nécessité de rechercher avec soin le tabes sur tout sujet qui se plaint d'un affaiblissement visuel, et en outre d'analyser minutieusement les troubles fonctionnels de l'œil au point de vue de leurs caractères et de leur évolution, puis de considérer l'état de la pupille. Très souvent les troubles de la vision débutent par un seul œil; ils ont une évolution lente, continue, graduellement progressive. L'amblyopie s'accompagne d'un certain degré de dyschromatopsie et sur-

tout d'un rétrécissement concentrique du champ visuel avec échancrures en forme de secteurs.

M. Fournier insiste sur les formes associées, mixtes et complexes de l'ataxie, qui seraient particulièrement communes dans le tabes spécifique en raison de la tendance que présente la syphilis à multiplier ses lésions et à les disséminer sur les divers départements du système nerveux. Arrivant au traitement, M. Fournier pose en principe que les agents anti-spécifiques doivent être mis en usage le plus tôt possible et de la façon la plus énergique. Les résultats de ce traitement diffèrent absolument suivant l'époque de la maladie où il intervient. Dans le tabes ancien et confirmé, on n'en peut pas attendre la guérison, mais tout au plus un soulagement éphémère de quelques symptômes. Dans le tabes moins ancien, tantôt le traitement a une action isolée sur divers symptômes, qu'il amende dans des proportions plus ou moins considérables; tantôt il a une action temporaire sur l'ensemble de la maladie qu'il paraît arrêter dans sa marche au moins momentanément; tantôt enfin le traitement a une action persistante sur le tabes qu'il immobilise en l'état avec ou sans amendement de quelques-uns des symptômes déjà développés. En somme, il serait certain, d'après les faits personnels de l'auteur, que le tabes, même avancé, peut être modifié dans ses symptômes et son évolution par le traitement spécifique. Il est vraisemblable que cette influence serait beaucoup plus considérable encore sur le tabes récent. Un certain nombre d'observations appartenant à d'autres auteurs viennent d'ailleurs appuyer la curabilité au moins relative du tabes spécifique.

Après avoir répondu aux diverses objections faites par ses adversaires, M. Fournier appuie la doctrine du tabes spécifique sur les arguments suivants : 1° fréquence extrême des accidents syphilitiques chez les ataxiques; 2° développement du tabes presque exclusivement dans la période tertiaire de la vérole ; 3° association fréquente des phénomènes tabétiques avec divers symptômes communs de la syphilis, les paralysies oculaires en particulier; 4° influence dans certains cas du traitement spécifique, quand il est employé à temps; 5° coïncidence, au cours de l'ataxie de manifestations d'autre siège, et de nature incontestablement syphilitique; 6° impossibilité absolue qu'on éprouve fréquemment à trouver à l'ataxie une autre cause que la syphilis. Il en découle comme déduction pratique la nécessité de traiter énergiquement et longtemps la syphilis à ses débuts, en prévision de cette manifestation si redoutable.

Ch. F.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés de Vaucluse et de Ville-Évrard. — Dans sa séance du 12 juin, le conseil général de la Seine, sur le rapport de M. Bourneville, a voté une augmentation de traitement de 200 fr. aux internes des asiles de Vaucluse et Ville-Évrard, pour suppléer à toute indemnité de déplacement.

Asile de Clermont. — Nous n'entrerons pas dans la polémique soutenue dans les journaux pour ou contre le maintien des asiles privés pour les aliénés. Nous rappellerons seulement que l'asile de Clermont, qui recevait naguère à la fois des malades payants et des malades entretenus par plusieurs départements, ne recevait plus de nouveaux malades du département de la Seine depuis plusieurs années. L'administration, complétant cette mesure, sur l'avis du conseil général, va retirer tous ses malades transférables placés antérieurement dans cet asile.

Nécrologie. — Le Dr Firmin Lagardelle, médecin en chef de l'asile d'aliénés et professeur chargé du cours clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient de succomber à une longue et douloureuse maladie.

M. Lagardelle est né à Verdun-sur-Garonne (Tarn-et-Garonne), le 30 mars 1838. Reçu docteur de la Faculté de médecine de Paris en 1865, il fut successivement directeur de la maison de santé d'Ivry, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Dijon (1865), médecin adjoint de l'asile de Bordeaux (1866), médecin en chef à Niort, à Moulins, à Marseille, à Lyon, puis enfin à Bordeaux (1879). L. Lagardelle avait inauguré à Marseille des conférences cliniques sur les maladies mentales.

Statue de Ph. Pinel. — Dans sa séance du 17 mai, le conseil municipal a voté, sur le rapport de notre ami M. le Dr Dubois, un crédit de 4.589 fr., destiné à la construction du piédestal qui doit soutenir la statue de Philippe Pinel.

Société contre l'abus du tabac. — *Prix.* Parmi les questions que cette Société met au concours pour 1882, voici celle qui intéresse plus particulièrement nos lecteurs :

Prix de trois cents francs, fondé par M. Decroix. — Étudier l'influence du tabac sur la criminalité : faits judiciaires, contrebande,

incendies, rixes, empoisonnements accidentels ou volontaires, etc. (Ne pas confondre l'influence des liqueurs alcooliques avec celle du tabac.)

TENTATIVE D'ASSASSINAT DU Dr P. GRAY PAR UN ALIÉNÉ. — Le superintendant de l'asile des fous reçut, le 16 mars, un coup de pistolet d'un aliéné nommé Remshaw. La balle (calibre 38) frappa un peu en dehors de l'angle externe de l'œil gauche, et, suivant une diagonale, passa en arrière du nez, traversa la joue droite, sortit au-dessous de l'angle externe de l'œil droit et franchit la fenêtre située environ à cinq pas de l'endroit où le docteur était assis. Entendant un homme s'approcher, celui-ci s'était retourné ainsi qu'il le faisait en pareille circonstance. Ce mouvement lui sauva probablement la vie, car autrement la balle aurait atteint le cerveau. L'assassin n'était pas interné dans l'asile, mais était employé aux bains turcs d'Utique. Depuis dix-huit mois, il se considérait comme envoyé par le ciel pour tuer le Dr Gray.

A la date présente, M. Gray, malgré la gravité de la blessure, est dans un état satisfaisant et nul doute que, dans quelque temps, il n'ait complètement recouvré la santé. (*Louisville Med. News*, 8 avril 1882.)

— Moins heureux que le Dr Gray, le Dr ADAMS, médecin à l'asile de Kalamazo (Michigan), frappé d'un coup de couteau par un aliéné, a succombé le lendemain. Le surveillant fut également blessé en essayant de désarmer l'aliéné.

ALIÉNÉS INCURABLES ET TRANQUILLES. — Après avoir donné le mouvement de la population de l'asile d'aliénés de Danvers (Massachuchet), *The Alienist and Neurologist* nous apprend que, dans son rapport, le Dr Goldsmith regrette qu'on amène à l'asile beaucoup d'aliénés âgés et décrépits plutôt pour mourir que pour être traités. Il dit que si les parents et les amis de ces malades avaient pour eux suffisamment d'affection, ils pourraient les soigner à la maison. Le Dr Goldsmith n'est pas le seul à formuler ces plaintes. A Danvers on fait les plus louables efforts pour réaliser l'*hôpital ouvert* et le *traitement des aliénés en dehors de l'asile*, système qui est appliqué, par exemple à Woodilee, près de Glasgow. — Nous estimons, de notre côté, que si les administrateurs étaient bien imbus de ces idées, il serait possible de retirer des asiles — pour les rendre aux familles — un certain nombre d'aliénés chroniques, tranquilles, à la condition d'allouer aux familles indigentes un secours mensuel. Cette mesure contribuerait à resserrer les liens de la famille et allégerait les depenses que les départements s'imposent. Il va de soi que cette mesure ne devrait être appliquée qu'aux malades dont la situation est suffisamment bonne pour ne pas exiger, auprès de lui, l'immobilisation d'un membre de la famille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Blaise (H.). — *Contribution à l'étude des oscillations spontanées et provoquées de la sensibilité dans l'hémianesthésie*. Brochure in-8° de 31 pages. Paris, librairie Lecrosnier, place de l'École-de-Médecine.

Bourneville et Teinturier. — *Le Sabbat des sorciers*. Plaquette grand in-8° carré de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte, en vente aux bureaux des *Archives de Neurologie*.

Il a été tiré de cet ouvrage 500 exemplaires numérotés à la presse : Nos 1 à 300 papier blanc vélin. Prix : broché, 3 fr. (pour nos abonnés, 2 fr. 50); — Nos 301 à 450 papier parchemin. Prix : 4 fr. (pour nos abonnés, 3 fr. 50); — Nos 451 à 500 papier Japon. Prix : 6 fr. (pour nos abonnés, 5 fr.).

Buccola (G.). — *La riproduzione della percezioni di movimento nello spazio tatille*. Ricerchi di psicologia sperimentale. *Estratto dalla Rivista di filosofia scientifica*. — Torino, Presso il prof. Morselli, via delle Scuole, n° 5.

Neuman (E.). — *Les appareils électro-médicaux à l'exposition d'électricité*. Brochure in-8° de 32 pages. Extrait de *l'Union médicale*. Paris, librairie Doin, 8, place de l'Odéon.

Westphal. — *Zur localisation der hemianopsie und des Muskelgefühls leim Menschen*. Extrait der *Archiv für psychiatrie*, t. VI, 1879. Brochure in-8° de 24 pages, avec 2 gravures hors texte.

Westphal. — *Erkrankung der hinterstränge bei paralytisched geisteskranken*. Extrait der *Archiv für psychiatrie*, t. XII, n° 3. Brochure in-8° de 8 pages.

Westphal. — *Ueber cine fehlerquelle bei intersuchung des kniephänomens und üler dieses selbst*. Extrait des *Archiv für psychiatrie*, t. XII, n° 3. Brochure in-8° de 15 pages.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Lyieux, Ch. Hérissey, imp. — 782

Vol. IV. Septembre 1882. N° 11.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOTE SUR L'ACTION DES COURANTS CONTINUS ÉTUDIÉE AU DOUBLE POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE;

Par A. ESTORC, interne des hôpitaux de Montpellier.

I. En étudiant l'action physiologique des courants continus, nous avons été frappé des variations considérables que présentait la résistance éprouvée par le courant à son passage à travers les tissus. Elles se produisaient surtout d'un sujet à l'autre, mais existaient aussi chez le même individu, électrisé à diverses reprises. Ce fait, nous l'avons vu plus tard, avait été déjà signalé plusieurs années auparavant par M. le Dr Vigouroux (*Gazette médicale*, 1879). Il est alors venu à l'esprit de notre maître, le professeur Grasset, sous la direction duquel se faisaient nos recherches, d'examiner ces variations de plus près, et de les analyser avec quelque précision. Grâce au Dr Regimbeau, qui a bien voulu mettre ses appareils à notre disposition, et

nous aider de ses conseils, il nous a été facile de réunir à ce point de vue de nombreux documents.

Nous avons employé pour cela la méthode suivante : Le pôle positif était placé sur le sternum et le pôle négatif sur une partie quelconque, mais toujours la même, de l'avant-bras. Nous faisions ensuite passer un courant assez faible pour être longtemps supporté (dix éléments par exemple). L'instant précis de la fermeture une fois noté, nous relevions exactement le nombre de divisions parcourues à chaque minute par l'aiguille galvanométrique, jusqu'au moment où celle-ci restait définitivement immobile; le maximum d'intensité était alors atteint et l'examen terminé.

Par ce procédé des expériences nombreuses ont été faites, et nous avons constaté que, chez deux sujets soumis à l'action d'un même courant, la résistance peut varier de deux manières : tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, le maximum de déviation est différent; élevé pour l'un, il l'est moins pour l'autre, quelle que soit la durée de l'application du courant. Tantôt, au contraire, le cas est moins fréquent, l'aiguille arrive au même maximum, mais accomplit sa course, en des temps inégaux; elle se déplace rapidement chez le premier sujet, avec moins de vitesse chez le second.

Ces éléments, déviations galvanométriques d'une part, temps employé à les parcourir de l'autre, nous ont servi à dresser des courbes avec lesquelles on compare aisément les résultats de plusieurs examens électriques. La seule inspection de notre PLANCHE III permet de s'en rendre compte. Deux courbes y sont tracées : l'une est un exemple remarquable de faible résistance; le maximum est de 9 milliweber et se trouve atteint en

cinq minutes; l'autre présente des caractères opposés : l'aiguille arrive à peine à 3 milliweber en huit minutes. Il suffit d'un simple coup d'œil pour reconnaître ces différences.

II. Cela posé en physiologie, il nous parut intéressant, et même nécessaire d'étudier ces variations de résistance au point de vue pathologique. M. Charcot venait justement de rappeler (*Société de biologie*, 1882) que le Dr Romain Vigouroux avait constaté depuis longtemps déjà chez des hystériques, atteintes d'hémianesthésie, une conductibilité moins grande du côté malade que du côté sain. Nous résolûmes de commencer nos expériences par la vérification de ce fait. C'est à la Salpêtrière, sous les yeux pour ainsi dire de M. Charcot et du Dr R. Vigouroux, qu'ont eu lieu ces nouvelles recherches.

Il ne s'agissait plus d'une simple comparaison entre divers individus : il fallait rapprocher, comparer entre eux les deux côtés d'un même malade. La première condition à remplir était donc d'isoler le courant, de le localiser à la moitié du corps, sur laquelle on opérait. Son influence ne devait en rien se faire sentir du côté opposé où la résistance eût été sans cela déjà diminuée, avant qu'il ne fût électrisé à son tour. Pour arriver à ce résultat, nous avons légèrement modifié notre méthode : au lieu de maintenir le pôle positif sur le sternum comme précédemment, nous l'avons porté vers les parties latérales et placé sous l'aisselle. Le pôle négatif était fixé sur l'avant-bras correspondant par un lien circulaire.

Les mêmes électrodes étaient employées à droite et

à gauche, sur des points exactement symétriques. Elles présentaient une surface plane et peu étendue, afin que le contact avec l'épiderme fût mieux assuré; enfin les plus grandes précautions étaient prises pour que la pression fût autant que possible toujours la même des deux côtés.

Cinq hystériques ou hystéro-épileptiques, toutes atteintes d'hémianesthésie, ont été successivement examinées. Le côté sain était d'abord électrisé, puis le côté malade; nous revenions ensuite sur le premier côté, pour passer de nouveau sur le second, et toujours ainsi, la séance se prolongeant et les électrisations se succédant autant qu'il était nécessaire pour arriver, de part et d'autre, définitivement et d'emblée au maximum. Les tracés qui accompagnent cette note permettent, il nous semble, de comprendre facilement la marche que nous avons suivie; ils font connaître en même temps les résultats obtenus. Nous allons d'ailleurs, pour en aider la lecture, ajouter quelques mots sur chaque malade.

Disons d'abord d'une manière générale que sur nos courbes les lignes pleines représentent constamment le côté le plus sensible et les lignes ponctuées le côté le moins sensible.

Kahn (Eva), examinée le 6 mars 1882. — Hémianesthésie gauche absolument complète (Pl. IV). Un courant de douze éléments, une première fois appliqué, donne à droite un maximum de 25° en une minute seulement, à gauche un maximum de 18° en trois minutes; on voit sur la figure les deux lignes toujours séparées par un intervalle assez considérable.

Une deuxième application les rapproche; le maximum devient le même, mais est atteint d'emblée du côté sain, en quatre minutes du côté malade; enfin dans la troisième électrisation,

les lignes se confondent, la résistance est devenue égale de part et d'autre.

Georges (Louise), examinée le même jour, présente des résultats analogues, mais il faut quatre électrisations successives de chaque côté pour les obtenir. En outre, l'anesthésie existant chez elle à droite, c'est de ce côté que la résistance était d'abord plus grande.

Les courbes de Blanch... et de Gall... sont encore plus intéressantes.

Blanch... est soumise à un premier examen électrique le 1er mars 1882. — Hémianesthésie gauche des plus complètes. On obtient d'abord pour maximum : 50° en douze minutes à droite (côté sain), 40° en neuf minutes à gauche (côté malade). Une deuxième électrisation donne le même maximum 55° à droite et à gauche, mais d'emblée à droite, en deux minutes à gauche. La plus parfaite égalité existe enfin, sous tous les rapports, entre les deux courbes, dans une dernière expérience.
Le 7 mars, deuxième examen. — Un transfert s'est produit depuis la veille; la sensibilité est revenue à gauche complètement dans le membre supérieur et à la face, légèrement dans le membre inférieur; du côté opposé anesthésie ou simple diminution de sensibilité dans les points symétriques. Les résultats fournis par l'électricité sont inverses des précédents. Maximum : 50° en douze minutes du côté gauche devenu sain, 40° en onze minutes du côté droit devenu malade.
Les applications suivantes du courant modifient la vitesse de l'aiguille galvanométrique, mais non la limite extrême de sa déviation; les deux lignes finissent par arriver presque d'emblée au maximum, mais sans jamais se confondre; la ligne pleine s'élève toujours à 50°, la ligne ponctuée à 40°.

Les deux examens dont cette malade a été l'objet se contrôlent mutuellement. Ils montrent nettement que la résistance est encore dans ce cas plus grande au côté de l'hémianesthésie que du côté sain.

Gall... est profondément insensible du côté gauche, quand on l'électrise pour la première fois, le 1er *mars* 1882. Seize

éléments produisent alors de part et d'autre une même déviation de 65°, mais en six minutes à droite, en huit minutes à gauche. Ce maximum est atteint d'emblée des deux côtés à la seconde application. *Nouvel examen, huit jours après.* L'anesthésie a cette fois disparu pour faire place à une hyperesthésie des plus marquées; le courant produit à gauche une vive douleur et peut à peine être supporté; le côté droit est resté normal.

Maximum : 70° des deux côtés, en quatre minutes à gauche (hyperesthésie), en neuf minutes à droite (état normal); la différence entre les deux lignes diminue sensiblement dans la deuxième électrisation et disparaît à la troisième. La résistance était donc, dans ce cas, plus grande à gauche avec l'anesthésie; elle devient au contraire plus faible de ce même côté, quand on voit apparaître l'hyperesthésie.

Rien de contradictoire entre ces deux faits qu'on doit plutôt considérer comme la réciproque l'un de l'autre.

Notre dernière malade, Julie de la Mothe, n'a jamais présenté de différence appréciable entre les deux côtés. Etudiée à plusieurs reprises, la conductibilité électrique s'est montrée chez elle, variable sans doute à diverses époques, mais toujours la même à droite et à gauche. Il est vrai qu'il existait seulement à gauche une légère diminution de sensibilité; sans trouble visuel. En réalité, ce n'était pas à une véritable hémianesthésie que nous avions à faire.

En résumé, nos deux premières hystériques n'ont pu être examinées qu'une fois; elles confirment pleinement l'opinion du Dr R. Vigouroux. Grâce à un transfert heureusement survenu, la troisième a été deux fois observée; l'hémianesthésie, située primitivement à gauche, est passée à droite et l'augmentation de résistance a changé aussi parallèlement de côté. Chez la quatrième, une vive hyperesthésie ayant succédé à l'anesthésie la plus complète, nous avons vu du même

côté la résistance d'abord plus grande, devenir ensuite plus faible que du côté opposé. Enfin la même conductibilité a été partout constatée chez la dernière malade dont la sensibilité était à peine diminuée du côté gauche.

Tels sont les résultats de nos recherches; bien que sommairement exposés, ils nous paraissent suffire à démontrer l'importance qu'a la détermination de la conductibilité électrique chez tous les sujets. Cet élément indispensable par l'électrothérapie et l'électrodiagnostic doit même faire partie à l'avenir de la séméiologie de beaucoup de maladies et spécialement de celles du système nerveux.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE III.

Résistance électrique des tissus chez deux individus sains.— *Tracé* 1 : Faible résistance : le maximum de déviation est de 9 milliweber et est atteint en 5 minutes. — *Tracé* 2 : Forte résistance : le maximum de déviation est de 3 milliweber et est atteint en 8 minutes.

PLANCHE IV.

Résistance électrique comparée des deux côtés du corps chez des hystériques atteintes d'hémianesthésie. — indique le côté le plus sensible; ----- indique le moins sensible.

1° Ka... (Eva). — Hémianesthésie gauche; résistance plus grande du côté malade à une première application (*tracé* 1), s'atténuant progressivement aux applications ultérieures (*tracé* 2), et finissant par devenir égale à celle du côté sain (*tracé* 3).

2° Geor... (Louise). — Hémianesthésie droite: résultats analogues en quatre électrisations successives.

3° Blanch... — Hémianesthésie gauche: résultats analogues en trois électrisations successives.

4° Blanch... — Après transfert: résultats analogues renversés.

5° Gall... — Hémianesthésie gauche: résultats analogues en deux électrisations successives.

6° Gall... — Hypéresthésie gauche: résultats analogues renversés, en trois électrisations successives.

CLINIQUE MENTALE

DU DÉLIRE DES NÉGATIONS;

Par M. COTARD.

L'important mémoire dans lequel M. Lasègue, en 1852, a détaché des diverses formes de mélancolie le *délire des persécutions*, a été le point de départ de travaux complémentaires qui ont fait de cette forme de vésanie l'une des mieux connues dans ses symptômes, dans sa marche et ses terminaisons; il suffit de rappeler, avec le nom de M. Lasègue, ceux de Morel, de MM. Foville et Legrand du Saulle et en particulier celui de M. J. Falret qui a exposé devant la *Société médico-psychologique* le tableau aussi complet que possible des phases successives et de l'évolution de cette maladie.

En ce qui concerne les autres variétés de délire mélancolique, nos connaissances sont bien loin de cette perfection relative. On a décrit avec soin la *mélancolie simple*, la *mélancolie avec stupeur*, la *mélancolie anxieuse*, on sait que ces formes sont souvent intermittentes, que quelquefois elles deviennent continues et passent à la chronicité, mais les caractères et les phases successives du délire qui aboutit à cette chronicité n'ont pas, que je sache, été l'objet d'un travail équivalent à celui qui a été fait pour le délire des persécutions.

Je me propose, dans ce mémoire, d'exposer une évolution délirante spéciale, qui me paraît appartenir à un assez grand nombre de ces mélancoliques non persécutés, plus particulièrement aux anxieux, et reposer surtout sur des dispositions négatives très habituelles chez ces malades.

Généralement les aliénés sont *négateurs;* les démonstrations les plus claires, les affirmations les mieux autorisées, les témoignagnes les plus affectueux les laissent incrédules ou ironiques. La réalité leur est devenue étrangère ou hostile. Mais cette disposition négative est marquée surtout chez certains mélancoliques, comme l'a remarqué Griesinger.

« Sous l'influence du malaise moral profond qui constitue le trouble psychique essentiel de la mélancolie, dit cet auteur, l'humeur prend un caractère tout à fait négatif... Cette confusion, dit-il plus loin, que fait le malade entre le changement subjectif des choses extérieures qui se produit en lui, et leur changement objectif ou réel, est le commencement d'un état de rêve dans lequel, lorsqu'il arrive à un degré très élevé, il semble au malade que le monde réel s'est complètement évanoui, a disparu ou est mort et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire au milieu duquel il est tourmenté de se trouver. »

Je hasarde le nom de *délire de négations* pour désigner l'état des malades auxquels Griesinger fait allusion dans ces dernières lignes et chez lesquels la disposition négative est portée au plus haut degré. Leur demande-t-on leur nom? ils n'ont pas de nom; leur âge? ils n'ont pas d'âge; où ils sont nés? ils ne sont pas nés; qui étaient leur père et leur mère? ils n'ont

ni père, ni mère, ni femme ni enfants; s'ils ont mal à la tête, mal à l'estomac, mal en quelque point de leur corps? ils n'ont pas de tête, pas d'estomac, quelques-uns même n'ont point de corps; leur montre-t-on un objet quelconque, une fleur, une rose, ils répondent : Ce n'est point une fleur, ce n'est point une rose. Chez quelques-uns la négation est universelle, rien n'existe plus, eux-mêmes ne sont plus rien.

Ces mêmes malades qui nient tout, s'opposent à tout, résistent à tout ce qu'on veut leur faire faire. Certains fous, dit Guislain, sont d'une opposition dont on ne peut se faire une idée quand on ne les a pas vus de près. Il faut les plus grands efforts pour les déterminer à changer de linge, ils refusent de se coucher dans leur lit, ils ne veulent pas se lever, ils sont opposés à tout ce qu'on leur demande de faire. C'est la *folie d'opposition*.

A cette folie d'opposition, Guislain rattache le mutisme, le refus des aliments et cette singulière disposition de certains aliénés qui s'efforcent de retenir leurs urines et leurs excréments. Mais il ne signale pas le délire de négation dont la folie d'opposition n'est pour ainsi dire que le côté moral. Il en est de même de la plupart des auteurs et il paraît étrange qu'une lésion intellectuelle aussi caractérisée n'ait pas davantage attiré l'attention. Les cas même où le fait est simplement signalé, sont rares. La forme hypochondriaque du délire des négations seule est devenue d'observation vulgaire depuis les travaux de M. Baillarger.

C'est dans les *Fragments psychologiques* de Leuret que je trouve l'observation la plus caractéristique. J'en résume l'interrogatoire.

— Comment vous portez-vous, madame? La personne de moi-même n'est pas une dame, appelez-moi mademoiselle, s'il vous plaît. — Je ne sais pas votre nom, veuillez me le dire? La personne de moi-même n'a pas de nom : elle souhaite que vous n'écriviez pas. — Je voudrais pourtant bien savoir comment on vous appelle, ou plutôt comment on vous appelait autrefois. Je comprends ce que vous voulez dire. C'était Catherine X..., il ne faut plus parler de ce qui avait lieu. La personne de moi-même a perdu son nom, elle l'a donné en entrant à la Salpêtrière. — Quel âge avez-vous? La personne de moi-même n'a pas d'âge. — Vos parents vivent-ils encore? La personne de moi-même est seule et bien seule, elle n'a pas de parents, elle n'en a jamais eu. — Qu'avez-vous fait et que vous est-il arrivé depuis que vous êtes la personne de vous-même? La personne de moi-même a demeuré dans la maison de santé de..... On a fait sur elle et on fait encore des expériences physiques et métaphysiques. Ce travail n'était pas connu d'elle avant 1827. Voilà une invisible qui descend, elle vient mêler sa voix à la mienne.

La malade de Leuret présentait, en outre du délire de négation le mieux caractérisé, des hallucinations nombreuses : elle était tourmentée par des *invisibles*, par la *physique* et la *métaphysique*, en un mot, on observait chez elle des symptômes de délire de persécution. Les cas complexes où, comme dans celui-ci, les deux délires coexistent, ne sont pas rares, j'en citerai plus loin des exemples. Mais le plus souvent ces deux formes de délire s'observent isolément chez des malades différents.

Le vrai persécuté parcourt toutes les phases de son délire, depuis l'hypochondrie du début jusqu'à la mégalomanie, sans que ses dispositions négatives dépassent ce qu'on observe communément chez les aliénés; il nie par méfiance, par crainte d'être dupe, ou bien parce qu'il est complètement dominé par ses conceptions délirantes et ses hallucinations, et qu'il en est arrivé à

vivre dans un monde imaginaire, mais ses dispositions négatives sont bien différentes de la négation systématisée dont je veux parler ici.

En général les persécutés ne présentent ni la profonde dépression, ni l'anxiété gémissante des vrais mélancoliques; il ne semble pas qu'il y ait en eux ce trouble profond de la sensibilité morale que Griesinger considère comme l'élément fondamental de la mélancolie. C'est sur ce terrain, au contraire, que paraît se développer plus ou moins tardivement et après une évolution délirante spéciale, la négation systématisée. Il n'est pas rare, toutefois, dans les états de chronicité avancée, que le délire de négation survive en quelque sorte aux troubles généraux du début et que les malades, comme celle de Leuret, ne présentent plus ni dépression ni agitation anxieuse manifestes.

Je viens d'assigner, comme double origine du délire des négations, la mélancolie avec dépression ou stupeur et la mélancolie agitée ou anxieuse. Quelque différentes que soient, dans leurs manifestations externes, ces deux formes de mélancolie, on ne peut se refuser à reconnaître leurs analogies délirantes, analogies frappantes surtout dans les cas où la dépression et l'agitation anxieuse se succèdent ou alternent chez les mêmes malades, sans que le délire soit sensiblement modifié.

Dans ces formes prédominent l'anxiété (une anxiété intérieure effroyable constitue l'état fondamental de la mélancolie avec stupeur, dit Griesinger), les craintes, les terreurs imaginaires, les idées de culpabilité, de perdition et de damnation; les malades s'accusent eux-mêmes, ils sont incapables, indignes, ils font le malheur et la honte de leurs familles; on va les arrêter

les condamner à mort: on va les brûler ou les couper par morceaux. Ces craintes de prison, de condamnation et de supplices ne doivent pas, comme nous l'a souvent fait remarquer M. J. Falret, être confondues avec le véritable délire de persécution qui est relativement rare chez les malades de cette espèce. Bien différents des persécutés, *ils s'accusent eux-mêmes;* si on va les livrer au dernier supplice, ce n'est que justice, ils ne l'ont que trop mérité par leurs crimes.

A ce point de vue, on peut distinguer deux grandes classes de mélancoliques : ceux qui s'en prennent à eux-mêmes et ceux qui accusent le monde extérieur et surtout le milieu social. Ces derniers sont les persécutés que Guislain avait déjà désignés du nom d'*aliénés accusateurs*.

Cette division des mélancoliques correspond à peu près à la division en *mélancolie* avec trouble général de l'intelligence et en *monomanie triste* (Baillarger) et à la division eu *lypémanie générale* et *lypémanie partielle* (Foville); on peut dire, d'une manière très générale, que les mélancoliques vrais s'accusent eux-mêmes, tandis que les monomanes tristes accusent autrui. Mais il n'est pas rare de voir, d'une part, les persécutés prendre, pendant un paroxysme, les caractères de la mélancolie générale, déprimée ou anxieuse, et, d'autre part, les mélancoliques à idées de culpabilité, arrivés à une période plus ou moins avancée de leur maladie, revêtir la physionomie des monomanes tristes.

Il y a sans doute, derrière ces manifestations extérieures, qui varient depuis la stupeur jusqu'à l'agitation anxieuse, quasi-maniaque, des dispositions maladives plus profondes où réside la différence essentielle

entre les persécutés et les autres mélancoliques. Peut-être est-ce dans les tendances que j'ai indiquées tout à l'heure et qui portent les malades soit à s'accuser eux-mêmes, soit à accuser les autres, qu'il faudrait chercher la manifestation la plus immédiate de ces dispositions intimes qui constituent le véritable fond de la maladie.

Ces tendances existent souvent pendant bien des années avant l'apparition évidente du délire; à un degré très atténué on les rencontre chez beaucoup d'hommes sains d'esprit, parmi lesquels elles établissent deux catégories tout à fait distinctes.

Longtemps avant d'être réellement aliénés, les persécutés sont soupçonneux et méfiants, plus sévères pour les autres que pour eux-mêmes; pendant longtemps aussi certains anxieux, avant d'être frappés d'un accès franchement vésanique, sont scrupuleux, timides, toujours disposés à s'effacer, plus sévères pour eux-mêmes que pour les autres.

J'insiste sur cette division des délires mélancoliques, confondus par la plupart des auteurs. Marcé paraît l'admettre implicitement; il ne signale, dans la véritable mélancolie, que les idées de ruine, de culpabilité, etc., indique le délire hypochondriaque consécutif et relègue dans la monomanie les idées de persécution; mais il n'insiste pas autrement sur cette distinction, qui du reste paraît trop absolue, puisque certains persécutés présentent les caractères de la mélancolie vraie et que d'autres malades à idées de ruine et de culpabilité ressemblent à des monomanes.

Examinons maintenant par quelle évolution délirante les mélancoliques qui s'accusent eux-mêmes arrivent au *délire des négations;* résumons d'abord les

principaux caractères de leur état mental. Dans leur forme la plus atténuée, ces caractères sont ceux de la variété de mélancolie désignée sous les noms de *mélancolie simple ou sans délire* et plus exactement sous le nom d'*hypochondrie morale* par M. J. Falret, qui l'a décrite avec une exactitude minutieuse.

Les mélancoliques, dits sans délire, sont en effet atteints d'un délire triste portant sur l'état de leurs facultés morales et intellectuelles, et présentant déjà une forme négative évidente. « Ils ont honte ou même horreur de leur propre personne et se désespèrent en songeant qu'ils ne pourront jamais retrouver leurs facultés perdues... Ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue... Ils prétendent qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'affection pour leurs parents et leurs amis, ni même pour leurs enfants. »

Les idées de ruine apparaissent souvent, et semblent être un délire négatif de même nature : en même temps que ses richesses morales et intellectuelles, le malade croit avoir perdu sa fortune matérielle; il n'a plus rien de ce qui fait l'orgueil de l'homme , ni intelli gence, ni énergie, ni fortune.

C'est l'envers du délire des grandeurs où les malades s'attribuent d'immenses richesses en même temps que tous les talents et toutes les capacités. Cette hypochondrie morale repose sur le fonds commun de la mélancolie et sur un état d'anxiété vague et indéterminée, « les malades sentent que tout est changé en eux et au dehors et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois ». (J. Falret.)

coliques dont il est ici question. Le véritable mélancolique est dans un état de dépression générale... Rien de pareil n'a lieu chez l'hypochondriaque, qu'une distraction peut momentanément faire sortir de sa prétendue prostration, de sa nullité, de son impuissance, etc.

L'hypochondrie ordinaire, dont parle ici M. Baillarger se rapproche par plusieurs caractères du délire des persécutions, dont elle n'est souvent que la première période, et c'est surtout l'évolution diverse des deux hypochondries qui justifie la distinction de M. Baillarger. On peut dire d'une manière générale que l'hypochondrie morale est au délire de ruine, de culpabilité, de perdition et de négation, ce que l'hypochondrie ordinaire est au délire des persécutions.

Lorsque le délire de négation est constitué, il porte soit sur la personnalité même du malade, soit sur le monde extérieur. Dans le premier cas, il prend une forme hypochondriaque analogue au délire spécial signalé par M. Baillarger chez les paralytiques : les malades n'ont plus d'estomac, plus de cerveau, plus de tête, ils ne mangent plus, ne digèrent plus, ne vont plus à la garde-robe, et en fait ils refusent énergiquement les aliments et souvent retiennent leurs matières fécales. Quelques-uns, comme je l'ai indiqué dans une note présentée à la Société médico-psychologique, s'imaginent qu'ils ne mourront jamais. Cette idée d'immortalité se rencontre surtout dans les cas où l'agitation anxieuse prédomine; dans la stupeur, les malades s'imaginent plutôt qu'ils sont morts. On en voit même qui présentent alternativement l'idée d'être morts ou l'idée de ne pouvoir mourir, suivant leurs

Dans ces cas légers, il existe déjà comme un voile à travers lequel le malade ne perçoit plus la réalité que d'une manière confuse; tout lui paraît transformé. A mesure que l'état maladif devient plus intense, ce voile s'épaissit et, dans les cas de stupeur, finit par masquer entièrement le monde réel. Le malade est alors, comme le fait justement remarquer M. Baillarger, dans un état voisin du rêve.

Non seulement à ce point de vue, mais à tous autres égards, il semble n'y avoir qu'une différence de degré entre ces états d'hypochondrie morale et les affections mélancoliques avec idées de culpabilité, de ruine, de damnation et négation systématisée. L'hypochondrie morale est une ébauche dont il suffit d'accentuer les traits et de forcer les ombres pour achever le tableau de ces dernières formes de mélancolie.

Le dégoût de soi-même arrive au délire de culpabilité et de damnation, les craintes deviennent des terreurs; la réalité extérieure transformée et confusément perçue finit par être niée. Certaines négations se montrent même de très bonne heure chez les hypochondriaques moraux; ils nient la possibilité de leur guérison, d'un soulagement quelconque dans leur état de souffrance; c'est une des premières négations de ces malades dont quelques-uns iront plus tard jusqu'à nier le monde extérieur et leur propre existence.

Il importe de bien distinguer cet état d'hypochondrie morale de l'hypochondrie ordinaire.

Bien qu'on doive, dit M. Baillarger, admettre des cas de mélancolie sans délire, néanmoins il importe de se défier de certains hypochondriaques qui ont en apparence beaucoup de ressemblance avec les mélan-

coliques dont il est ici question. Le véritable mélancolique est dans un état de dépression générale... Rien de pareil n'a lieu chez l'hypochondriaque, qu'une distraction peut momentanément faire sortir de sa prétendue prostration, de sa nullité, de son impuissance, etc.

L'hypochondrie ordinaire, dont parle ici M. Baillarger se rapproche par plusieurs caractères du délire des persécutions, dont elle n'est souvent que la première période, et c'est surtout l'évolution diverse des deux hypochondries qui justifie la distinction de M. Baillarger. On peut dire d'une manière générale que l'hypochondrie morale est au délire de ruine, de culpabilité, de perdition et de négation, ce que l'hypochondrie ordinaire est au délire des persécutions.

Lorsque le délire de négation est constitué, il porte soit sur la personnalité même du malade, soit sur le monde extérieur. Dans le premier cas, il prend une forme hypochondriaque analogue au délire spécial signalé par M. Baillarger chez les paralytiques : les malades n'ont plus d'estomac, plus de cerveau, plus de tête, ils ne mangent plus, ne digèrent plus, ne vont plus à la garde-robe, et en fait ils refusent énergiquement les aliments et souvent retiennent leurs matières fécales. Quelques-uns, comme je l'ai indiqué dans une note présentée à la Société médico-psychologique, s'imaginent qu'ils ne mourront jamais. Cette idée d'immortalité se rencontre surtout dans les cas où l'agitation anxieuse prédomine; dans la stupeur, les malades s'imaginent plutôt qu'ils sont morts. On en voit même qui présentent alternativement l'idée d'être morts ou l'idée de ne pouvoir mourir, suivant leurs

états alternatifs d'agitation anxieuse ou de dépression stupide.

Le délire hypochondriaque, surtout moral au début, devient, à une période plus avancée et surtout quand la maladie passe à l'état chronique, à la fois moral et physique. Des malades qui commencent par n'avoir ni cœur, ni intelligence, finissent par n'avoir plus de corps. Quelques-uns, comme la malade de Leuret, ne parlent d'eux-mêmes qu'à la troisième personne. Chez les persécutés, la marche est inverse. L'hypochondrie du début est surtout physique; mais à une période plus avancée, les malades se préoccupent de leurs facultés intellectuelles, on les abêtit, on les empêche de penser, on leur dit des bêtises, on leur soutire leur intelligence, etc.

Ces deux hypochondries ne diffèrent pas seulemen par leur marche; l'hypochondrie des anxieux porte le cachet de l'humilité; ils n'ont rien et sont rien qui vaille; ils sont pourris, atteints de maladies ignobles, quelques-uns croient avoir la syphilis, et Fodéré avait déjà remarqué la connexion de cette dernière idée délirante avec ce qu'il appelle la damnomanie.

Tout autres sont les hypochondriaques persécutés. Ils ont en général fort bonne opinion d'eux-mêmes et de leur organisation assez robuste pour supporter tant de maux; ils s'en prennent aux influences extérieures, à l'air, à l'humidité, au froid, à la chaleur, aux aliments et surtout aux médicaments. S'il s'agit de syphilis, ce n'est pas la syphilis, mais le mercure qui devient la cause de toutes leurs souffrances. Ils finissent par accuser le médecin et arrivent au délire de persécution

confirmé. (Legrand du Saulle, *Gazette des hôpitaux*, décembre 1881.)

Ces influences nuisibles auxquelles le persécuté se croit en butte et qui du dehors convergent vers sa personne, l'anxieux s'imagine au contraire en être la source et les répandre tout autour de lui; il se figure qu'il porte malheur aux personnes qui l'approchent, au médecin qui le soigne, aux domestiques qui le servent; il va leur communiquer des maladies mortelles, les compromettre ou les déshonorer; la maison où il habite sera une maison maudite; en se promenant dans le jardin, il fait périr les arbres et les fleurs.

Le délire hypochondriaque de négation est souvent lié à des altérations de la sensibilité. L'anesthésie est fréquente dans la stupeur où elle a été signalée par tous les auteurs, on la rencontre aussi chez quelques mélancoliques anxieux; chez d'autres, il semble qu'il y ait au contraire hyperesthésie, les malades ne veulent pas se laisser approcher; ils crient dès qu'on les touche et répètent sans cesse : « Ne me faites pas de mal ! »

Dans quelle mesure ces altérations de la sensibilité concourent-elles au développement du délire hypochondriaque de négation, c'est là une question de pathogénie que je ne veux point essayer d'élucider. Je me borne à les signaler comme caractère différentiel des deux délires hypochondriaques; fréquentes chez les négateurs, elles sont tout à fait rares chez les persécutés.

Lorsque le délire porte sur le monde extérieur, les malades s'imaginent qu'ils n'ont plus de famille, plus de pays, que Paris est détruit, que le monde n'existe plus, etc. Les croyances religieuses, et en particulier la croyance en Dieu, disparaissent souvent, quelquefois

de très bonne heure. Griesinger a signalé les idées lugubres, négatives, dont se sentent envahis les malades que leur agitation inquiète rend incapables de recueillement et de prière.

Ce ne serait pas assez d'une rapide description du délire des négations et de ses diverses formes, pour faire de ce délire une espèce particulière de mélancolie. Je voudrais montrer que, conjointement à ce délire, il existe de nombreux symptômes étroitement associés entre eux, de manière à constituer une véritable maladie, distincte par ses caractères et son évolution.

Le délire des persécutions peut nous servir de type. C'est surtout en faisant ressortir les différences et les contrastes qu'il présente avec le *persécuté*, que je cherche à dépeindre le *négateur*.

J'ai déjà commencé ce parallèle en marquant la différence entre l'hypochondrie morale et l'hypochondrie ordinaire, entre le mélancolique anxieux qui s'accuse lui-même et le persécuté qui s'en prend au monde extérieur. Lorsque la maladie devient plus intense, ou revêt dès le début une forme plus grave, il s'ajoute aux symptômes ébauchés dans l'hypochondrie morale et au délire vulgaire de ruine et de culpabilité, des phénomènes nouveaux qui méritent de fixer l'attention en raison de leurs caractères spéciaux : ce sont les hallucinations.

Ces hallucinations sont fréquentes surtout dans les états de stupeur, mais on les observe aussi dans la forme anxieuse. Les malades se croient entourés de flammes, ils voient des précipices à leurs pieds, ils s'imaginent que la terre va les engloutir ou que la maison va s'écrouler, ils voient les murs chanceler et croient

que la maison est minée; ils entendent les préparatifs de leur supplice, on dresse la guillotine; ils entendent des roulements de tambour, des détonations d'armes à feu, on va les fusiller; ils voient la corde destinée à les pendre, ils entendent des voix qui leur reprochent leurs crimes, leur lisent leur arrêt de mort ou qui leur répètent qu'ils sont damnés. Quelques-uns ont des hallucinations du goût et de l'odorat et s'imaginent qu'ils sont pourris, que leurs aliments sont transformés, qu'on leur présente des ordures, des matières fécales, de la chair humaine, etc.

En général, les hallucinations, chez les malades à idées de culpabilité, appartiennent à cette catégorie d'hallucinations, établie par M. Baillarger, qui reproduisent les préoccupations actuelles des malades. Une mélancolique, dit cet auteur, qui s'accusait de crimes imaginaires, était obsédée jour et nuit par une voix qui lui lisait son arrêt de mort et décrivait les supplices qui lui étaient réservés. Une autre malade dont l'histoire est rapportée par Michéa, se croit coupable, poursuivie par la police et menacée de mort. Elle est placée dans une maison de santé et quelques jours après, la lypémanie étant à son comble, elle aperçoit presque constamment à ses pieds la corde qui doit servir à l'étrangler et le cercueil préparé pour recevoir son cadavre.

Des malades se croient damnés et ils voient les flammes de l'enfer, ils entendent des coups de fusil et croient qu'on va les fusiller. Guislain a fait remarquer l'étroite connexion entre la démonophobie, le suicide et ce genre d'hallucinations où les malades voient partout des flammes, des incendies.

L'état hallucinatoire des mélancoliques anxieux, stupides ou agités, est profondément distinct de celui des persécutés, d'abord par les hallucinations de la vue qui sont rares chez les persécutés et ensuite par le caractère des hallucinations auditives. Comme les hallucinations de la vue, celles-ci sont simplement confirmatives des idées délirantes et il est quelquefois malaisé de les en distinguer; chez les anxieux, le phénomène hallucinatoire ne présente pas cette indépendance qui lui donne, chez les persécutés une si grande netteté en même temps qu'une évolution toute spéciale.

Le persécuté arrive peu à peu à un dialogue, on le voit écouter, répondre avec impatience ou colère à ses interlocuteurs imaginaires; rien de pareil chez l'anxieux : s'il parle, c'est pour répéter sans cesse les mêmes mots, les mêmes phrases, le même gémissement, sa loquacité a le caractère d'un *monologue,* d'une *litanie*, tandis que celle du persécuté est *dialogante.*

On n'observe pas non plus chez l'anxieux la répercusion de la pensée, l'écho, ni ce vocabulaire spécial qui permet de reconnaître au bout d'un instant de conversation les persécutés chroniques.

J'ai indiqué, au commencement de ce travail, l'opposition et la résistance systématiques des délirants par négation; on rencontre souvent chez eux une raideur et une tension musculaires qui montrent que leur inertie n'est qu'apparente et que leur résistance n'est pas simplement passive. Dès qu'on veut changer leur attitude, imprimer quelque mouvement à leurs membres, ils contractent énergiquement leurs muscles pour résister et maintenir leur position ordinaire.

Je ne veux pas m'arrêter sur les tremblements

signalés chez quelques anxieux, sur les accidents cataleptiformes des stupides, mais je ne puis passer sous silence les impulsions suicides et les mutilations si fréquentes chez les anxieux, surtout quand ils sont dominés par des idées religieuses, et qui établissent encore une différence avec les persécutés chez lesquels le suicide est beaucoup moins fréquent, et les mutilations tout à fait rares.

Les anxieux à idées de damnation sont les malades les plus disposés au suicide; alors même qu'ils se croient morts, ou dans l'impossibilité de jamais mourir, ils n'en cherchent pas moins à se détruire; les uns veulent se brûler, le feu étant la seule solution, les autres veulent être coupés par morceaux et cherchent par tous les moyens possibles à satisfaire ce besoin maladif de mutilations, de destruction et d'anéantissement total. Quelques-uns se montrent violents envers les personnes qui les entourent; il semble qu'ils veuillent démontrer qu'ils sont bien réellement les êtres les plus pervers et les plus dépourvus de sentiments moraux; souvent ils injurient, blasphèment; des damnés et des diables ne peuvent faire autrement.

Le refus des aliments, si étroitement lié à la folie d'opposition, présente aussi quelques caractères spéciaux chez les négateurs. En général il est *total* et porte indistinctement sur tous les aliments; les malades refusent de manger parce qu'ils n'ont pas d'estomac, que « la viande et autre nourriture leur tombe dans la peau du ventre », parce que les damnés ne mangent point, parce qu'ils n'ont pas de quoi payer. Quelques-uns cependant, dominés par un délire de culpabilité ou de ruine moins intense, choisissent dans leurs aliments :

ils ne mangent que du pain sec par pénitence ou se privent de dessert.

Le persécuté au contraire examine soigneusement ses aliments, cherche ce qui lui paraît bon, rejette ce qui lui semble suspect ; quand par hasard il rencontre des aliments qu'il suppose indemnes de tout poison, il mange avec voracité. En général, le refus des aliments est *partiel* chez le persécuté.

J'arrive, pour terminer ce parallèle, à l'étude de la *marche* de la maladie. Le délire des persécutions est essentiellement rémittent ou, si l'on veut, continu avec paroxysmes; la maladie débute en géneral de bonne heure, se développe d'une manière lente et progressive et dure toute la vie. Cette marche rémittente est déjà manifeste dans l'hypochondrie du début; elle l'est aussi dans le cas où le mal ne paraît pas évoluer au delà de cette forme ébauchée.

La maladie a une toute autre allure chez les négateurs : elle frappe brusquement, souvent vers la période moyenne de la vie, des personnes dont la santé morale avait paru jusque-là correcte; quand elle guérit, la guérison est brusque, comme le début; le voile se déchire et le malade se réveille comme d'un rêve.

Les formes les plus légères, il n'est pas besoin de le dire, sont aussi les plus curables. La mélancolie dite sans délire, l'hypochondrie morale, les états anxieux avec idées de ruine, guérissent habituellement. Mais la maladie est sujette à des retours, à des intervalles plus ou moins éloignés et prend le caractère des vésanies intermittentes. Ce caractère intermittent se manifeste quelquefois, même dans des cas incurables, par des

réveils de courte durée et où il semble que le malade ait retrouvé sa lucidité tout entière.

J'ai vu une fois, dit Griesinger, chez une malade atteinte de mélancolie profonde (elle se figurait avoir complètement perdu sa fortune et se croyait menacée de mourir de faim) un intervalle parfaitement lucide d'environ un quart d'heure, survenir saus motif appréciable et disparaître de même brusquement.

Dans les formes où prédomine d'emblée la stupeur, la guérison s'observe souvent malgré l'intensité du délire et son absurdité. Mais il n'est pas rare qu'après une agitation anxieuse intense et prolongée, avec hallucinations, délire panophobique, etc., les malades tombent dans une espèce de stupidité trop souvent confondue avec la démence et qui se prolonge indéfiniment. Ces malades présentent souvent la folie d'opposition au plus haut degré, ils sont muets, quelques-uns répètent seulement le mot « Non ».

Le *pronostic* est également fâcheux lorsqu'on voit diminuer l'intensité du trouble mélancolique général, tandis que les idées délirantes et les négations persistent au même degré. Les malades arrivent au délire négatif systématisé qui est rarement curable ; ils présentent eux aussi dans la plupart des cas la folie d'opposition, dont Guislain a signalé le fâcheux pronostic.

Par sa marche, par son début, par sa terminaison brusque, quand elle guérit, la folie des négations se rattache au groupe des vésanies d'accès ou intermittentes et à la folie circulaire. Si même on réserve le nom de délire des négations aux cas où ce délire est arrivé au degré que j'ai indiqué au commencement de ce travail, on peut dire que le délire des négations est

un état de chronicité spécial à certains mélancoliques intermittents dont la maladie est devenue continue.

Je veux seulement signaler un point qui me paraît établir une différence entre les négateurs et d'autres intermittents qui se rapprochent plutôt des circulaires. Lorsqu'on se renseigne sur les antécédents, le caractère des malades, on apprend souvent qu'ils ont toujours été un peu mélancoliques, taciturnes, scrupuleux, dévoués, charitables, toujours prêts à rendre service; quelques-uns doués des qualités morales les plus distingués. Leur état maladif, leur délire d'humilité ne contrastent pas d'une manière absolue avec leur manière d'être antérieure et n'en sont que l'exagération maladive. En un mot ces malades ne sont pas franchement alternants comme les circulaires et comme certains intermittents dont l'état considéré comme sain contraste absolument avec les accès mélancoliques.

Ce caractère des négateurs permet aussi de les séparer nettement de la plupart des héréditaires parmi lesquels ils forment une catégorie spéciale; ils se distinguent, en effet, par un développement exagéré, s'il est permis de le dire, de ces mêmes qualités morales dont l'avortement chez les autres héréditaires explique la vie désordonnée, le profond égoïsme, l'orgueil, le caractère indisciplinable, les délits et les crimes.

(*A suivre.*)



PATHOLOGIE MENTALE

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA FRÉQUENCE DES MALADIES SEXUELLES CHEZ LES ALIÉNÉES;

Par le Dr S. DANILLO, médecin de la Clinique de Saint-Pétersbourg.

L'influence des affections génitales sur la production et la marche de la folie et des maladies nerveuses chez les femmes a déjà été traitée plusieurs fois; mais cette question, fort intéressante, a rencontré des avis différents. Les uns croyaient que la plupart des affections mentales et nerveuses de la femme étaient dues exclusivement ou, du moins, principalement à l'influence prépondérante des anomalies, soit physiologiques, soit anatomiques, du système générateur. D'autres, au contraire, ou niaient presque absolument cette influence, si marquée pour les premiers, ou même ne l'abordaient pas du tout. Enfin, les auteurs anciens rapportent un grand nombre d'observations d'après lesquelles diverses anomalies fonctionnelles sexuelles peuvent produire des accès de folie, observations notées en grande partie dans le livre de Berthier[1]. Nous avouerons, en passant, que, dans l'état actuel de la science, ces faits ne peuvent présenter qu'un intérêt exclusivement historique et que personne ne voudrait en déduire les moindres conclusions; ces faits, bien

[1] Berthier. — *Sur les névroses menstruelles*, 1874.

que nombreux, ne présentent pas des données suffisantes pour être considérés comme certains.

Quoi qu'il en soit, les aliénistes continuent, dans divers traités, à discuter de l'influence des maladies sexuelles sur la folie chez la femme.

Ainsi, dans la bibliographie française, on trouve certaines indications. Chez Esquirol [1], ces indications sont très générales. Guislain [2] dit que, dans beaucoup de femmes aliénées, la région des ovaires est le siège de souffrances profondes. Morel croit que les maladies primitives des organes génitaux chez les femmes ont été les causes de la plupart des cas d'aliénation mentale. Falret [3] envisage aussi les anomalies fonctionnelles de la sphère sexuelle chez la femme comme une des causes prédisposantes occasionnelles et indirectes de la folie (p. 66); et, en ce qui touche la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées, il se borne à noter que celles-ci, plus que les autres femmes, sont exposées aux irrégularités et suppressions menstruelles, ce qui lui paraît toutefois trop exagéré (*loc. cit.*, p. 301). Marcé [4] dit également que les fonctions génitales et leurs anomalies peuvent être cause de la folie chez la femme, sans, toutefois, aborder, comme les précédents auteurs, la question de la fréquence de maladies sexuelles chez les aliénées.

Ball, Dagonet, Luys, ne touchent presque pas non plus cette question. Mairet [5] croit que la folie peut être

[1] Esquirol. — *Traité des maladies mentales.*
[2] Guislain. — *Leçons orales sur les phrénopathies*, 1880.
[3] J. Falret. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1864.
[4] Marcé. — *Sur la folie des femmes enceintes*, 1858.
[5] Mairet. — *Maladies sexuelles et aliénation mentale.* (*Montpellier médical.* Octobre-novembre 1881, janvier 1882.)

provoquée et entretenue par des désordres du système sexuel chez la femme, en se rangeant à l'opinion déjà émise par Azam [1], qui décrit quarante cas d'autopsie de femmes aliénées avec lésions sexuelles. Boussi [2], au contraire, ne croit pas à l'influence des maladies sexuelles sur la folie. Enfin, Boyé [3], se fondant sur les travaux des autres et sur ses propres observations, arrive à conclure que les maladies des organes génitaux s'observent souvent chez les aliénées et que ces maladies sont fréquemment la cause de la folie.

Quant aux auteurs allemands : Griesinger [4], Leidesdorf [5], Schlager [6], et Ammon [7] émettent l'opinion que quelquefois les anomalies fonctionnelles ou anatomiques de la sphère sexuelle peuvent influer d'une certaine façon chez la femme, soit dans le cours de la maladie mentale ou d'une névrose déjà existantes, soit même, dans certaines conditions, en provoquant un accès de folie aiguë. Krafft-Ebbing [8], Ripping [9], et

[1] Azam. — *Folie entretenue et provoquée par les lésions de l'utérus et de ses annexes*, 1858.

[2] Boussi. — *Etude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines*. Thèse de Paris, 1880.

[3] Boyé. — *Essai clinique sur les rapports des troubles génitaux à la folie chez la femme*. Thèse de Montpellier, 1880.

[4] Griesinger. — *Seelenkrankeiten*, 1866.

[5] Leidesdorf. — *Pathologie und Therapie der psychischen Krankeiten*, 1873.

[6] Schlager. — *Zeitschrift für Psychiatrie* 1858. Bd. XV. *Die Beziehung des menstrual-Processes und seiner Anomalien zur psychischen Stœrungen*, etc.

[7] Ammon. — *Ueber Beziehungen der Genital-Affectionen zu Neurosen*, 1874.

[8] Krafft-Ebbing. — *Archiv für Psychiatrie*. Bd. VIII, 1877. *Untersuchungen über Irrensein zur Zeit der Menstruation.*

[9] Ripping. — *Die Geistes-Stœrungen der Schwangeren, W[illegible]nen und Sæugenden*, 1877.

plusieurs autres sont du même avis. Emminghaus [1], remarque brièvement que les anomalies de la menstruation peuvent quelquefois ne pas attaquer les fonctions psychiques dans le cours d'une maladie mentale. Schüle [2], au contraire, dit très nettement que dans nul cas éthiologique les irritations physiques et les causes prédisposantes morales ne sont liées comme les maladies sexuelles et les maladies mentales chez la femme (*loc. cit.*, p. 306).

En somme, on le voit, si, d'après les données d'un certain nombre d'auteurs, les troubles génitaux chez la femme sont une des causes les plus essentielles de la folie et ont une influence sérieuse sur l'affection mentale (Marcé, Falret, Guislain, Mairet, Boyé, Griesinger, Schlager, Brierre de Boismont, Ammon, Krafft-Ebbing, Ripping, Schraeter, Schüle et autres), il en est qui ne croient pas à cette influence ou n'abordent presque pas cette question (Ball, Dagonet, Luys, Boussi, Emminghaus, Leidesdorf, Hammond).

Les auteurs qui admettent aux maladies sexuelles chez la femme une certaine influence soit sur l'évolution de la folie, soit sur son développement, l'abordent chacun d'une façon différente. Ainsi, les uns, émettant une opinion très sommaire (Morel, Falret, Guislain, Griesinger, Schüle), se bornent à signaler le fait sans aucune observation à l'appui de leur opinion. D'autres envisagent cette question d'une manière toute particulière. Leurs recherches ne portent que sur certaines formes de folie liées à quelques états particuliers de la femme, comme la grossesse, l'accouchement, l'allaite-

[1] Emminghaus. — *Allgemeine Psychopathologie*, 1878.
[2] M. Schule. — *Geistes-Krankheiten* (*Ziemssens Handbuch*).

ment (Marcé, Ripping, Schmidt[1], et la plupart des auteurs des divers traités classiques sur l'aliénation mentale). D'autres, enfin, traitant la question sur le rapport des affections utérines, citent des faits positifs qui indiqueraient que diverses affections sexuelles, soit aiguës, soit chroniques, peuvent donner lieu à une maladie mentale, même grave (Krafft-Ebbing, Boyé, Schroeter[2], Müller[3], L. Mayer[4], Mairet, Azam, etc.). On trouve également, dans les Revues médicales, un grand nombre d'observations isolées analogues.

Maintenant, il faut reconnaître que, si l'on se borne à recueillir certaines données seulement positives, on s'expose à laisser échapper à l'observation les autres éléments nécessaires pour pouvoir arriver à une conclusion, qui doit être fondée non pas seulement sur un symptôme, mais sur leur ensemble et dans certaines conditions bien déterminées. Il est aussi évident, d'autre part, que les auteurs qui contestent aux fonctions sexuelles et à leurs anomalies une influence quelconque sur le développement et l'évolution de la folie, sont dans le même cas quant à une conclusion.

Dans une pareille dissidence, qui vient, on le voit, de la méthode différente suivie par les auteurs qui se sont occupés de la question du rapport des maladies sexuelles chez la femme avec la folie, il restait à se

[1] M. Schmidt. — *Archiv für Psychiatrie* 1880. Bd. X. *Beitrag zur Kenntniss der puerperal Psychosen.*

[2] Schroeter. — *Zeitschrift für Psychiatrie* 1874. Bd. 31. *Die Menstruation und ihre Beziehung zur Psychosen.*

[3] O. Müller. — *Zeitschrift für Psychiatrie,* 1868. *Chronische Metritis und ihre Beziehung zur Psychosen.*

[4] L. Mayer. — *Die Beziehungen der krankhaften Vorgængen und Zusænden in den Sexual-Organen des Weibes, zur Geistes-Stœrungen,* 1870.

demander s'il n'y aurait pas à rechercher une autre méthode pour arriver à résoudre la question qui se posait avant tout, à savoir quelle est la fréquence, en général, des maladies sexuelles chez la femme aliénée. En effet, si l'on pouvait établir d'une manière plus nette le degré de la fréquence des maladies sexuelles, en général, chez les aliénées et, en même temps, les formes gynécologiques qui s'associent le plus souvent aux troubles mentaux, on pourrait aussi, par cela même, juger de leur gravité et de leur influence probable sur la maladie mentale déjà existante.

Seulement, en abordant cette question, on est obligé de reconnaître que non seulement les indications bibliographiques font presque entièrement défaut sur ce point intéressant de la pathologie générale de la folie, mais encore que celles qui existent diffèrent singulièrement entre elles. Ainsi, H. Furke[1] dit très brièvement que la folie chez la femme est accompagnée de maladies sexuelles daus dix cas sur cent. Les autres croient ces maladies fréquentes, mais sans rien préciser. Krafft-Ebbing (*loc. cit.*) trouva six cas de lésions génitales sur dix-neuf, tandis que daus huit les organes génitaux étaïent à l'état normal et que dans cinq l'état était inconnu. Skene[2] compta, sur cent quatre-vingt-douze malades, vingt sept seulement chez lesquelles la menstruation se faisait régulièrement; ce qui ferait que les anomalies fonctionnelles s'observeraient presque dans la mesure de 86 p. 100. En même temps, il note som-

[1] H. Fuke. — *Manual of psychological medicine*, 1862.

[2] J.-C. Skene. — *Rapport des affections utérines à la folie.* Extrait dans les *Archives de Neurologie*, 1881, n° 4 (*Arch. of. med. New-York*, 1880 février.

mairement que les affections utéro-ovariennes seraient fréquentes chez les aliénées.

Malgré mes recherches bibliographiques, je n'ai pu trouver d'autres données sur la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées. On a pourtant encore sur cette question certaines indications prises dans les autopsies des femmes aliénées; mais elles sont très peu explicites et diffèrent, d'autre part, beaucoup entre elles. Ainsi, Keiser[1], sur dix autopsies de femmes aliénées, dont sept mélancoliques et trois maniaques, a trouvé des maladies de l'utérus et de l'ovaire dans sept cas. J.-C. Howard[2], sur cent vingt-sept autopsies, a constaté les affections de l'ovaire et de l'utérus dans vingt-quatre cas, parmi lesquels: tumeurs fibreuses de l'utérus, sept cas; cancer, deux cas; sarcome, un cas; kystes des ligaments larges, trois cas; tumeurs de l'ovaire, quatre cas; hystes de l'ovaire, quatre cas. Hergt[3], au contraire, dit que, d'après ses observations, prises à l'autopsie des aliénées pendant plusieurs années, des lésions sexuelles se trouvaient dans les deux tiers, c'est-à dire dans 66 p. 100. En ce qui touche les formes observées par ce dernier auteur, elles sont représentées principalement par des anomalies de position de l'utérus et diverses lésions de cet organe et de ses annexes d'origine inflammatoire (métrites et périmétrites). Toutefois, en discutant cette question, Hergt

[1] Keiser. — *Sections-Befund bei Geistes-Kranken. Schmidt's Jahresbücher*, Bd. III, p. 84. (*Würtembergischen Korrespondenz-Blatt*, 1860. N° 40.)

[2] J.-C. Howard. — *Post mortem appearences in insance persones. Journal of mentale science* 1872, p. 93.

[3] Hergt. — *Frauen-Krankheitem und Seelen-Stœhrung. (Zeitschrift für Psychiatrie*, 1877, Bd. 27).

ne donne aucun détail ni sur l'âge, ni sur les formes mentales des maladies observées dans les autopsies. D'après mes propres recherches[1] à la Clinique des maladies mentales de mon maître, M. le professeur Mierzejewski, à Saint-Pétersbourg, l'examen gynécologique au spéculum et au toucher de ces malades, parmi lesquelles quarante-deux aliénées et trois hystériques, — de l'âge de dix-neuf à soixante-deux ans, — a donné les résultats suivants : six malades non réglées, de l'âge de quarante-quatre à soixante-deux ans, ne présentaient pas de symptômes de lésions génitales, sauf l'atrophie de l'utérus sénile ; quant aux autres malades, au nombre de trente-neuf, diverses altérations sexuelles ont été notées chez trente-cinq. Enfin, pour terminer cet aperçu historique de la question, L. Mayer[2], sur mille vingt-cinq malades gynécologiques, a noté quatre-vingt-dix cas associés à diverses formes d'aliénation mentale plus ou moins prononcées.

En somme, en examinant les données numériques qui précèdent, on voit que la question de la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées est loin d'être résolue définitivement.

Quoi qu'il en soit, si l'on compare les résultats de mes recherches avec ceux des autres auteurs, on reconnaît que la dissidence est très prononcée, surtout s'il s'agit des données de H. Fuke (*loc. cit.*), par exemple, ou de celles de Skene (*loc. cit.*), qui présentent aussi une grande différence entre elles. Quant aux résultats

[1] S. Danillo. — *Sur le rôle de la menstruation dans le cours des maladies mentales. Medesinokaia Biblioteka* 1881. N° 5 (*journal russe*) et *Revue de médecine*, 1882.

[2] L. Mayer, — *Die Beziehungen der krankhaften Vorgængen und Justanden in den Sexual-Organen des Weibes, zur Geistes-Stœrungen*, 1870.

des données trouvées à l'autopsie par Howard, Keiser et Hergt, il faut remarquer, sans même tenir compte de la différence des résultats de leurs observations, que leurs données ne peuvent avoir qu'une valeur très relative, attendu que l'autopsie ne peut révéler que des lésions d'un ordre purement anatomique et que les anomalies fonctionnelles qui ne peuvent être observées que pendant la vie, comme des phénomènes d'ovarie, troubles de la menstruation, et aussi les légères formes d'endométrite, de vaginite, etc., doivent nécessairement échapper à l'observation et, par conséquent, atténuer considérablement le véritable chiffre des complications de la folie par les altérations des organes sexuels.

Les recherches cliniques des autres auteurs sur cette question sont très peu nombreuses et très peu explicites.

Les déductions des faits obtenus par mes recherches (*loc. cit.*), ne pouvant également être faites que sous certaines réserves, vu le petit nombre des malades examinées, j'ai résolu d'augmenter le plus possible les investigations au spéculum et au toucher, afin de pouvoir tâcher alors de faire quelques généralisations et d'aborder plus systématiquement la question de la fréquence des affections sexuelles chez la femme dans le cours de la folie. Mes prédécesseurs n'ayant donné dans cette question aucune indication sur la méthode des recherches, j'ai fait les miennes, comme dans mon précédent travail, d'après le plan qui consiste à prendre chez chacune des malades examinées les données suivantes : 1° *âge;* 2° *forme de la maladie mentale;* 3° *état physiologique du système sexuel* (vierge ou non, nombre de couches et de fausses couches); 4° *forme de la mala-*

die sexuelle. Le diagnostic de l'état de la sphère sexuelle a toujours eu lieu au spéculum et au toucher vaginal. La forme de la maladie mentale est définie par l'examen clinique de la malade et les données des feuilles d'observation que j'ai pu avoir à ma disposition, comme les malades elles-mêmes, grâce à la bienveillance de M. Magnan, chef de service à l'asile Sainte-Anne. Le nombre de ces malades est de cent cinquante-cinq. En y ajoutant les quarante-cinq de mon travail antérieur (*loc. cit.*), les résultats actuels de mes recherches sont fondés sur l'observation de deux cents malades; ce qui peut permettre de faire certaines généralisations et déductions.

L'âge des malades était de quinze à soixante-quinze ans. Les malades réglées étaient au nombre de cent quarante, de l'âge de quinze à quarante-deux ans. Celles qui avaient perdu leurs règles étaient âgées de quarante-deux à soixante-quinze ans, au nombre de soixante. Les malades réglées, d'après l'état physiologique de leur sphère sexuelle, se divisaient comme suit : vierges, trente-une; n'ayant pas eu de couches, quarante-une; ayant eu des couches, soixante-huit (dans ce nombre trente-huit étaient primipares et trente multipares). Quant aux malades après la ménopause, il y avait : vierges, deux; n'ayant pas eu de couches, quatre; ayant eu plusieurs couches, quarante-quatre (dans celles-ci, neuf avaient eu de huit à douze couches).

Les formes des maladies mentales dans le groupe des malades réglées étaient représentées comme suit : idiotie, un cas; épilepsie avec troubles mentaux, quinze; hystérie avec aliénation mentale, onze; paralysie générale, quatorze; délire chronique, trente-un ; alcoolisme

chronique, deux; démence secondaire, dix; mélancolie, vingt-cinq; délire mélancolique, d'origine puerpuérale, cinq; manie aiguë, dix-huit; manie aiguë puerpuérale, huit.

Les malades après la ménopause se divisaient, d'après la forme d'aliénation mentale, de la façon suivante : démence consécutive, vingt-huit; paralysie générale. dix; mélancolie, dix; délire chronique, neuf; alcoolisme chronique, trois.

Dans le nombre des deux cents malades examinées, on a pu constater diverses lésions de l'appareil générateur chez cent trente-huit. En réduisant ce chiffre à l'expression centésimale, on aurait la complication de la folie en général chez la femme par les maladies sexuelles, à peu près dans 69 p. 100.

Dans le groupe des aliénées en pleine vigueur de leurs fonctions physiologiques sexuelles, les affections gynécologiques étaient représentées comme suit, d'après le degré de leur fréquence : les endométrites diffuses ou alliées aux métrites chroniques du corps de l'utérus ont été trouvées dans quarante cas. Sur ces quarante cas, vingt-deux étaient accompagnées de l'endométrite et métrite cervicale. Dans seize cas, on a pu constater la métrite chronique diffuse du corps, associée dans huit cas à celle du col. Dans douze cas, ces dernières lésions étaient accompagnées d'ulcérations de diverses nature du museau de tanche. Dans huit cas, on constata la métrite diffuse chronique du corps et du col de l'utérus et dans quatre cas la métrite diffuse chronique du corps seulement.

Les désordres de la menstruation en général (c'est-à-dire retard des règles, leur suppression pour un cer-

tain temps ou leur réapparition trop fréquente) ont été notées dans vingt-huit cas. Sur ce point, je crois devoir faire une certaine réserve; car les données sur les désordres de la menstruation n'ont été prises dans le plus grand nombre des cas que sur les indications des malades, qui pouvaient, en raison de leur état psychique particulier, donner un renseignement inexact. Toutefois, le chiffre peut avoir, au moins, sa valeur relative. Les anomalies de la position de l'utérus (flexions et versions nettement prononcées) ont été constatées dans quarante-quatre cas, associées à des endométrites seulement dans trente-huit cas, et aggravées encore par une métrite dans vingt cas. La métrite chronique diffuse à elle seule accompagnait les anomalies de position de l'utérus dans seize cas. Six cas sur onze d'altérations de la position de l'utérus étaient accompagnés de paramétrite, métrite et endométrite chroniques; les cinq autres étaient accompagnés d'une oophorite chronique. Des ruptures du périnée d'origine puerpuérale et de récente provenance ont été constatées dans quatre cas de folie puerpérale. Les vaginites et vulvites catarrhales prononcées ont été trouvées dans onze cas (sept cas de vaginite et quatre de vulvite). Enfin, un cas de folie puerpérale était accompagné d'un kyste de l'ovaire de grandes dimensions; un cas de manie aiguë par un fibrome de l'utérus de la grosseur de la tête d'un homme adulte, et un autre de papillomes disposées à l'orifice uréthral, accompagné encore de vulvite catarrhale; l'hyperesthésie de la région ovarienne, sans lésion appréciable au toucher, a été notée dans huit cas (six fois à droite et deux fois à gauche).

Chez les malades, après la ménopause, à l'exception

de l'atrophie de l'utérus sénile, ont été notés : six cas de métrite chronique diffuse; trois cas d'anciennes ruptures du périnée; neuf cas d'endométrite dite sénile.

Si l'on examine le degré de fréquence des affections sexuelles chez les aliénées accompagnant les différentes formes d'aliénation mentale, en prenant les chiffres à peu près égaux, on voit qu'il ne paraît pas y avoir une tendance plus prononcée chez les aliénées à être affectées des organes génitaux plutôt dans une forme de maladie mentale que dans une autre.

Ainsi, dans quarante cas de mélancolie, dont cinq d'origine puerpérale, on la trouve trente-deux fois associée à diverses formes gynécologiques (comme métrite chronique et endométrite du corps et du col de l'utérus, avec ou sans anomalies de menstruation). Dans le délire chronique, sur quarante cas, trente-quatre sont aussi compliqués par des lésions sexuelles du même caractère que chez les mélancoliques. Les maniaques et les paralytiques générales présentent presque également le même rapport. Sur vingt-six cas de manie aiguë, dont huit d'origine puerpérale, on en trouve dix-huit avec désordres sexuels, et sur vingt-quatre cas de paralysie générale, vingt avec les mêmes altérations. Au contraire, la démence, sur trente-huit cas, n'en présente que douze, compliquées avec des maladies sexuelles. Cette différence, il est vrai, tient certainement à cela que, sur trente-huit cas de démence, dix malades seulement étaient encore avant l'âge critique, tandis que les vingt-huit autres l'avaient passé.

Sur onze hystériques, dix présentaient diverses maladies sexuelles, comme métrite, endométrite, anomalies de menstruation; des symptômes d'ovarie ont aussi

été notés dans huit cas (six fois à droite, deux fois à gauche).

En examinant la complication de la folie par les maladies sexuelles d'après l'âge, on voit qu'avant la ménopause, de quinze à quarante-deux ans, sur cent quarante malades, on a pu constater chez cent vingt diverses anomalies de l'appareil générateur, soit anatomiques, soit fonctionnelles; tandis que, sur soixante aliénées après le retour d'âge, de quarante-deux à soixante-quinze ans, on les trouve seulement dans dix-huit cas.

En réduisant pour les deux groupes des aliénées (réglées et non réglées), les données numériques de la fréquence des maladies sexuelles à l'expression centésimale, on trouverait qu'avant le retour d'âge, la folie est compliquée par les troubles génitaux dans 84 p. 100 à peu près. Après la ménopause, au contraire, le degré de la fréquence de ces complications baisse rapidement et ne donne qu'environ 28 p. 100 sur le chiffre total. Bien qu'on puisse objecter que les chiffres des malades des deux catégories diffèrent considérablement entre eux et que, par conséquent, la comparaison ne peut être parfaitement exacte, je crois que les résultats d'examens gynécologiques des malades après la ménopause étaient tellement uniformes dans la majorité des cas, qu'on peut accepter le chiffre de soixante malades sans crainte de commettre une erreur grave. D'un autre côté, si l'on veut comparer le résultat des recherches, en prenant à peu près le même nombre de malades et les mêmes formes mentales avant la ménopause, on trouve la complication non pas seulement dix-huit fois sur soixante, comme chez les aliénées non réglées,

mais quarante-deux fois sur cinquante-six, c'est-à-dire que la démence, sur dix cas avant la ménopause, se trouve compliquée de maladies sexuelles quatre fois, tandis qu'après la ménopause, sur vingt-huit cas, on n'en trouve que huit. Quant à la paralysie générale, sur quatorze cas avant la ménopause, elle donne le même nombre de complications (quatorze), tandis qu'après la ménopause, sur dix cas, on n'en trouve que six associées aux diverses lésions génitales. Enfin, sur vingt-cinq cas de mélancolie (les formes puerpérales excluses) avant la ménopause, vingt-quatre sont compliqués par des lésions génitales, tandis que les dix autres cas après le retour d'âge ne donnent que cinq complications.

L'influence de l'époque de la vie sexuelle reste, par conséquent, un fait acquis.

En ce qui regarde les complications de la folie par les formes des maladies sexuelles accompagnant différents états physiologiques de la sphère sexuelle des aliénées, on voit que, sur le nombre total de deux cents malades (trente-trois vierges, cinquante-cinq femmes qui n'ont pas eu de couches et cent douze qui en ont eu (de une jusqu'à douze), quarante-deux sur quatre-vingt-huit malades des deux premiers groupes, ont des lésions de l'appareil générateur, qui se présentent principalement sous la forme de troubles de la menstruation, de symptômes d'ovarie et de formes peu graves d'endométrite, de vaginite, etc. Au contraire, dans le groupe des femmes qui ont eu des couches, les formes gynécologiques deviennent beaucoup plus sérieuses, et l'on voit apparaître, en même temps, une prédominance marquée de lésions plus compliquées. Ainsi, les

métrites sont souvent associées à diverses autres affections, comme endométrites, paramétrites, ruptures du périnée et altérations de la position de l'utérus. Sur cent douze aliénées de cette catégorie, les lésions génitales se trouvent notées dans quatre-vingt-seize cas, et l'on observe cette prédominance chez les malades après la ménopause. En effet, sur seize aliénées de la même catégorie qui n'ont pas eu de couches, on rencontre les affections génitales dans trois cas, tandis que sur quarante-quatre autres qui en ont eu une ou plusieurs, les lésions sexuelles sont constatées quinze fois, et c'est chez celles qui ont eu plusieurs couches (de huit à douze) qu'on voit les lésions sexuelles les plus prononcées. Je dis les plus prononcées; car chez ces neuf malades on a pu observer diverses lésions graves (ruptures du périnée, métrite chronique avec endométrite, etc.), d'une provenance évidemment puerpérale.

Il en résulte donc que les couches et leurs conséquences, de même que les autres conditions de la vie sexuelle chez la femme, influent d'une façon manifeste sur la complication de la folie par les maladies sexuelles.

En résumé, les résultats de mes recherches me paraissent être les suivants :

La complication de la folie par les maladies sexuelles chez la femme doit être regardée comme très fréquente pendant la persistance des fonctions physiologiques sexuelles. Après la ménopause, cette complication devient beaucoup plus rare. La grossesse et les couches influent considérablement sur le degré de fréquence des maladies sexuelles, comme avant la ménopause et après la cessation des règles.

Quant à l'influence des maladies sexuelles chez la femme, sur la folie déjà existante, est-elle correspondante à leur degré de fréquence ou non?

Si l'on veut bien se rappeler ce fait admis de la relation anatomique et physiologique qui est si intime entre l'appareil nerveux des organes génitaux chez la femme et le système nerveux central, on reconnaîtra que toute irritation périphérique émanant des organes affectés, réagira fatalement sur l'encéphale, dont les fonctions se trouvent déjà altérées par la folie. D'autre part, si l'on se souvient que la physiologie expérimentale a prouvé, dans ces derniers temps, que les irritations périphériques, très faibles, augmentent considérablement l'excitabilité de la couche corticale du cerveau, on sera nécessairement conduit à admettre sur les fonctions du cerveau une influence sérieuse de l'irritation périphérique causée par les affections sexuelles, même peu prononcées, affections qui doivent toujours produire un effet irritant par addition lente mais continue.

En effet, la loi des causes infinitésimales émise par Maupertuis au XVIIIe siècle, dit que la nature arrive à certains résultats très prononcés par une série de causes très minimes et peu appréciables à elles seules. Aussi, là où il s'agit d'appréciation de phénomènes aussi compliqués que ceux de la folie, faut-il d'abord examiner en détail toutes les causes, si minimes qu'elles paraissent. Or, c'est précisément dans cette série de causes, qui s'enchaînent mutuellement, c'est-à-dire les irritations périphériques dues à des lésions sexuelles, même peu graves en app[illegible] longue et dans certaines conditions spécial[illegible] morbide

et autres causes prédisposantes, qu'elles peuvent influer sérieusement sur l'évolution de la folie et sur son apparition; de sorte que, pour le plus grand nombre des cas de folie chez la femme avant le retour d'âge, la complication de l'aliénation mentale par les maladies sexuelles est un fait qui se rencontre plus souvent qu'on ne le croit, en général, et que cette complication a sa gravité dans la fréquence même et dans le rôle important des organes affectés.

En terminant mon travail, je remercie M. le professeur Charcot et M. Magnan de leur aimable accueil et de la gracieuseté qu'ils ont mise à me permettre d'étudier les malades de la Salpêtrière et de l'asile Sainte-Anne (*asile clinique*).

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA FOLIE AVEC CONSCIENCE;

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille.

L'expression « *folie avec conscience* » est une des plus vagues de la pathologie mentale. La faute, pourtant, n'en est pas aux aliénistes; ce sont les psychologues qui ont rendu la confusion inévitable par l'abus qu'ils ont fait du mot *conscience*. Aussi est-il indispensable, pour être compris de s'entendre sur ses divers sens et de bien spécifier celui dans lequel on l'emploie.

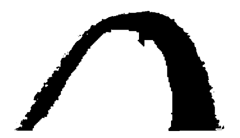
Ce mot n'a pas moins de cinq significations très différentes les unes des autres. La première, la plus populaire, est du domaine de la morale ; elle s'applique

à cette voix intérieure qui parle à tous, ignorants ou savants, petits ou grands, riches ou pauvres, pour condamner ou absoudre. La seconde a d'intimes et profondes relations avec la précédente, c'est la conscience religieuse. Elle s'en distingue pourtant, et j'en veux pour preuve les luttes qui parfois les divisent. N'y a-t-il pas des religions qui ordonnent ou excusent des choses sévèrement proscrites par leur rivale? Si ce mot a une signification particulière en morale et en théodicée, il en a une aussi en métaphysique et deux en psychologie. En métaphysique, il s'applique à certaines vérités de sens commun, universellement répandues, comme le sentiment de l'existence. En psychologie, il représente tout d'abord ce je ne sais quoi, guère susceptible de définition à mon avis, par lequel nous nous sentons malheureusement souffrir, mais aussi heureusement penser et jouir. Il a enfin une dernière signification : il désigne par abréviation la *conscience réfléchie*, celle qui se replie sur elle-même, qui s'étudie, qui cherche à comprendre et à expliquer les phénomènes qu'elle reflète. Si on se souvient de la discussion à la *Société médico-psychologique* en 1875 et si on n'a pas oublié comment elle s'est clôturée, on comprendra le soin que je prends, dès le début de ces recherches, de montrer le mot *conscience* dans ses diverses acceptions.

Le médecin ou le psychologue désireux d'étudier dans tous leurs détails les états de conscience dans la folie devrait donc, pour se conformer aux sens du mot et à la réalité des choses, rechercher ce que deviennent chez l'aliéné la conscience morale, la conscience religieuse, la conscience métaphysique, la conscience psychique, la

conscience réfléchie. Ce n'est pas ce gigantesque travail d'ensemble que nous avons entrepris. Aux grands maîtres à remplir ce grand cadre, à nous le seul souci et la seule ambition de borner nos recherches à un point particulier, d'apporter quelques faits susceptibles, s'ils ont été bien observés, de n'être pas sans quelque utilité pour l'étude de la *conscience réfléchie* dans la folie. En nous enfermant dans ces étroites limites, nous nous conformons d'ailleurs au titre donné à ce travail, car, en pathologie mentale, les mots *folie avec conscience* s'appliquent aux seuls malades qui *réfléchissent sur les troubles sensoriels et psychiques dont ils sont frappés et qui, les analysant, en reconnaissent le caractère morbide*. Ceux qui nous feront l'honneur de nous lire, voudront bien, pour nous comprendre et partant nous juger en connaissance de cause, se rappeler dans quel sens nous employons les mots *conscience* et *folie avec conscience*.

Ce travail ne sera ni une œuvre d'érudition, ni une œuvre de théorie. Je n'ai pas plus la prétention de retracer l'historique des travaux publiés jusqu'à ce jour sur la folie avec conscience que celle d'interpréter ce point curieux de pathologie mentale. Je me bornerai à relater quarante observations personnelles et à les faire suivre ou précéder des réflexions cliniques qu'elles inspirent. Je n'ignore sans doute pas les grands progrès accomplis à notre époque en psychologie, je sais combien les travaux de l'école allemande et de l'école anglaise ont jeté de lumière sur la vie consciente et sur la vie inconsciente de l'esprit, je crois même qu'il serait peut-être possible aujourd'hui de tenter une généralisation et de formuler une théorie



scientifique des états de conscience dans la folie, mais je ne veux pas pour le moment me livrer à de si hautes études. Dans les discussions qui ont eu lieu à la *Société médico-psychologique* en 1869 et en 1875, tandis que presque tous les orateurs s'acharnaient à discuter sur les facultés, la volonté et le libre arbitre, le jugement et la raison, en vain les esprits pratiques demandaient des faits, beaucoup de faits. Seuls, Morel et M. Billod sont restés cliniciens. A leur exemple, qu'il me soit permis à mon tour d'apporter des faits et de réserver pour l'avenir les considérations théoriques.

La folie n'est pas une de ces maladies soudaines, accidentelles et passagères auxquelles chacun est exposé à payer tribut. Elle prend racine dans les profondeurs mêmes de l'organisation cérébrale. Quand elle fait son apparition, le plus souvent, elle a été préparée de longue date par toute une série de générations et elle est l'expression d'une dégénérescence de l'espèce (Morel). La maladie, au lieu d'avoir son origine dans l'abâtardissement de la famille, naît-elle des excès ou des misères du patient, ici encore pour se développer, elle nécessite un terrain cérébral longtemps et profondément remué, car il est faux que chaque homme ait un grain de folie tout prêt à germer. Ainsi, que la folie soit héréditaire ou acquise elle n'est pas l'œuvre d'un jour; or, cette chronicité des causes entraîne la chronicité de l'invasion. L'aliénation, en effet, ne surprend pas comme un voleur de nuit; elle signale son approche, son arrivée par des signes variés. Il résulte de cette étiologie et de ce mode de début un état ordinaire de conscience, à la naissance des vésanies. Les malades se sentent devenir fous. Ils ont la notion claire d'un

bouleversement de leur esprit. Ils voient leur caractère s'aigrir, leur sensibilité et leurs instincts se pervertir, en même temps leurs facultés intellectuelles s'obscurcir. Ils s'aperçoivent qu'ils n'ont plus les mêmes aptitudes ni la même ardeur au travail. Ils rapprochent ces modifications psychiques des maux de tête et des insomnies dont ils souffrent, et ils en concluent qu'ils sont sur la pente de la folie. Dans la forme sensorielle elle-même, les hallucinations n'apparaissent pas tout d'abord avec la netteté de l'état confirmé. Ce sont des bruits vagues, des chuchotements confus, des ombres qui intriguent le malade ; puis les voix et les visions deviennent plus distinctes, prennent corps et le patient effrayé, s'interroge, se demande s'il n'est pas le jouet de son imagination en délire. Au début, les états d'excitation et de dépression viennent aussi se refléter dans le sens interne. Les patients comprennent que leur intellect s'engourdit ou s'exalte et sentent qu'ils sont impuissants à réagir contre le mal qui les enlace ou les agite. Puis la maladie progresse et la conscience disparaît.

Si telle est l'évolution ordinaire, est-ce à dire que jamais la folie n'a une éclosion soudaine et inconsciente? Certainement non. Aux yeux du monde ce début est même le plus ordinaire ; aux yeux de l'aliéniste, il ne saurait en être ainsi. L'éclosion subite, incontestable, sans doute, est toutefois pour lui l'exception, la grande exception ; elle ne se rencontre guère que dans quelques cas de manie liée à l'hérédité. Interrogez les malades après leur guérison, ils vous apprendront presque tous, sinon tous, que pendant longtemps le feu a couvé sous la cendre, qu'ils ont

lutté, dissimulé le plus possible, et que la maladie n'a apparu au dehors qu'après avoir vaincu leur résistance. Ainsi, en réalité, c'est précisément cet état de conscience à la naissance des vésanies, état de conscience permettant la lutte et la dissimulation qui, masquant l'évolution lente de la maladie, simule une brusque apparition.

Ce que nous venons de dire des folies vésaniques s'applique aussi dans beaucoup de cas aux folies paralytiques, à celles surtout improprement nommées paralysie générale sans délire et qui psychiquement se caractérisent par les symptômes de la démence. Pendant une assez longue période, ces infortunés ont la perception de leur état physique et intellectuel pour lequel ils vont souvent consulter les médecins. Il y a un second groupe de paralytiques chez lesquels l'état de conscience au début est un fait constant. La forme expansive est toujours précédée, comme l'a établi M. Doutrebente dans sa thèse, d'une période mélancolique. Or, tandis que les malades n'apprécient point leur exaltation cérébrale, dans le stade précédent ils ont la notion claire de leur état dépressif. Il est enfin un troisième mode de début de cette affection qui peut offrir la même particularité, c'est la forme congestive d'emblée. Si la poussee sanguine du côté du cerveau est assez violente pour amener l'ictus apoplectique, la conscience fait défaut, car en revenant à la vie le malade est sous le coup de troubles d'une acuité telle que toute appréciation de son état lui est d'ordinaire impossible. Mais il est une autre variété de congestion cérébrale, la plus habituelle même, qui se manifeste par de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'anxiété, un besoin

violent de mouvement, et qui souvent laisse la conscience intacte, même pendant un temps assez long, comme le prouve le fait suivant :

Observation I. — *Hérédité congestive. — Paralysie générale progressive à la première période, datant de deux ans. — Conscience des troubles psychiques et physiques. — Idées de suicide.*

Mme Adèle C..., quarante-quatre ans, mariée, sans profession, instruction secondaire, entrée à l'asile de Marseille le 12 octobre 1881. La mère est morte à cinquante-six ans d'une attaque d'apoplexie. Réglée à quatorze ans, la malade a toujours été régulièrement menstruée. Mariée à vingt-quatre ans, elle a eu quatre enfants, deux sont morts en bas âge, l'un de la coqueluche, l'autre d'une fièvre cérébrale. Les troubles intellectuels datent de deux ans. Mme C... a la conscience très nette de son état; elle est dominée par une frayeur, une anxiété non motivée qu'elle est impuissante à surmonter. Insomnie persistante; souvent, la nuit Mme C... est forcée de se lever, de courir dans sa chambre et de pousser des cris. Désolée d'un tel état, de ne pouvoir surtout surmonter ses craintes jugées chimériques et morbides, cette dame a tenté de se suicider. Au point de vue physique, elle a des maux de tête violents, de l'insomnie, du tremblement des mains, du tremblement fibrillaire des muscles de la face et de l'embarras de la parole. Ces désordres physiques sont appréciés. La malade les rapproche de ses troubles psychiques et en conclut à un ramollissement cérébral. Elle consentirait volontiers, dit-elle, à souffrir du corps la journée, si la nuit elle pouvait dormir un peu et se débarrasser de ces frayeurs ridicules qui l'agitent en dépit d'elle. N'ayant pu se tuer grâce à la surveillance exercée par sa famille, Mme C... est venue d'elle-même à l'asile dans le but de se guérir et ne plus incommoder les voisins par ses cris. Cette dame est restée trois mois dans mon service; durant ce laps de temps elle a eu du côté de la tête deux poussées congestives assez fortes : la langue s'embarrassait alors davantage, les jambes refusaient leur service, tandis que l'anxiété grandissait et que la conscience restait toujours lucide. Les sentiments affectifs étaient bien bien conservés, Mme C... réclamait souvent

ses enfants et son mari dont la conduite pourtant était loin d'être un modèle. Le bromure de potassium à hautes poses a procuré un peu d'amélioration. Au bout de trois mois, la malade n'a plus voulu demeurer parmi nous et, malgré mes conseils, le mari a cédé à ses prières. A mon avis, Mme C... a quitté l'établissement, où on ne la perdait pas de vue, pour se tuer dehors et pour se tuer en connaissance de cause, non en aliénée, entraînée par une impulsion irrésistible ou des conceptions délirantes, mais en femme consciente de sa personnalité psychique et physique, et préférant la mort à de telles tortures morales.

Après une période de début plus ou moins longue, la folie progresse et passe à sa période d'état. D'ordinaire la conscience est vaincue à ce moment; les malades ont une confiance absolue dans leurs hallucinations, ne se doutent point des troubles de leur intellect et cèdent avec conviction à tous les mouvements désordonnés de leur esprit malade. Il n'en est pas toujours ainsi: quelquefois la conscience, en dépit de la violence du mal, conserve tout son contrôle, permet à l'esprit de se reconnaître au milieu même de ses plus grands écarts et ne s'éclipse jamais. Ces cas-là relativement rares, qui sont plus particulièrement l'objet de ce travail, seront étudiés bientôt dans tous leurs détails. D'autres fois, il y a durant la période d'état comme des éclaircies de raison; la conscience se fixe durant quelques instants, quelques heures; le malade alors réfléchit sur ce qu'il éprouve, se sent aliéné, déplore son malheur, puis est de nouveau entraîné dans le tourbillon vésanique. Ces manifestations fugitives du sens intime se rencontrent surtout dans la manie aiguë où elles sont d'un pronostic heureux et annoncent le retour prochain de la raison, quand elles augmentent en nombre et en durée. Plus

rares dans les délires dépressifs aigus, quoiqu'encore possibles, ils ne paraissent pas se montrer dans les délires partiels, du moins je n'ai pas eu occasion de les observer. Chez l'aliéné qui a basé sur ses troubles sensoriels une systématisation délirante, le retour de la conscience n'équivaudrait-il pas à la guérison ?

A ce point de vue la folie paralytique se rapproche de la folie vésanique. Il n'est pas rare, écrivait dernièrement M. Dagonet, de voir chez des malades atteints de paralysie générale des lueurs de conscience et, à certains moments, l'appréciation de la maladie dont ils sont affectés. Il semble alors, ajoute-t-il, que les poussées congestives qui sont une des complications de la paralysie générale diminuent à certains moments, de manière à permettre à la conscience de se manifester d'une façon plus ou moins intermittente. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait est exact et les deux observations qui suivent en sont une nouvelle preuve.

Observation II. — *Hérédité congestive. — Excès de travail. — Paralysie générale progressant sans rémission depuis six mois. — Conscience nette durant quelques heures des troubles physiques et psychiques y compris le délire des grandeurs.*

M. X..., quarante-huit ans, ingénieur, marié, entré comme pensionnaire à l'asile de Toulouse en mai 1879. Herédité congestive, excès de travail, telles sont les causes de la maladie. A l'admission tous les symptômes physiques et psychiques de la paralysie générale progressive à forme expansive, au premier degré. Durant six mois la maladie évolue sans la moindre lueur de raison ; les symptômes s'aggravent tant du côté de l'esprit que du côté du corps. M. X... reçoit la visite d'un de ses amis, visite qui sur le moment paraît l'impressionner beaucoup. Le lendemain matin nous trouvons le malade avec la conscience nette de sa situation. Non seulement il se rend un compte exact de ses troubles paralytiques, tels que tremblement des

mains, embarras de la parole, non seulement il apprécie la déchéance de ses facultés intellectuelles et morales, mais, particularité curieuse, il juge sainement son délire expansif des grandeurs. Il dit avoir la tête remplie d'idées de millions et de milliards, la nuit voir en rêve des montagnes d'or et des fleuves de pierres précieuses et que c'est trop absurde pour y croire. Vivement affecté de son état, il priait en grâce de le guérir. Le soir toute conscience avait disparu et la maladie reprenait son cours.

Observation III. — *Habitudes alcooliques liées à la ménopause. — Paralysie générale avec dipsomanie et kleptomanie. — Rémission incomplète après dix-huit mois. — Inconscience à l'asile; conscience au dehors de l'affaiblissement intellectuel. — Idées de suicide. — Retour des accidents paralytiques. — Inconscience absolue depuis deux ans.*

Lydie B..., cinquante-trois ans, mariée, sans profession, instruction supérieure, entrée comme pensionnaire à l'asile de Marseille le 3 février 1880. Pas d'hérédité au dire de la famille. La malade a toujours joui d'une bonne santé et jusqu'au retour d'âge, qui remonte à six ans, elle avait tenu une conduite régulière. Avec la ménopause s'est montré le goût des liqueurs fortes, goût qui s'est accru par la suite. La paralysie générale a débuté en janvier 1879 par une violente congestion cérébrale. Depuis lors marche progressive des accidents. Les habitudes alcooliques sont devenues effrénées et des impulsions au vol ont apparu. Dans l'établissement, jusqu'au mois d'avril, la maladie resta stationnaire. La dipsomanie et la kleptomanie exigeaient, au moment des repas, une surveillance continue. Avec le printemps, une rémission incomplète se produisit. Les troubles physiques s'amendèrent considérablement, les tendances au vol et aux liqueurs fortes disparurent, seule l'intelligence resta très affaiblie. L'inconscience était absolue. L'amélioration s'étant encore accentuée, Mme B... fut retirée par sa famille. De retour chez elle, elle voulut reprendre ses occupations, s'occuper de ses affaires. Elle en fut incapable et se reconnut telle. Elle s'aperçut qu'elle n'avait plus de mémoire, plus de suite dans les idées et elle eut la conscience nette de sa déchéance intellectuelle. A l'asile, où soumise à un régime et à une discipline, elle ne prenait souci de rien, la conscience était

restée endormie; mais elle se réveilla dès que la malade fut aux prises avec les exigences de la vie libre. Mme B... fut vivement affectée de sa découverte; à peine un mois s'était-il écoulé que son chagrin devenait du désespoir. Elle préféra la mort à une telle décadence et fit des tentatives de suicide. Trop surveillée pour arriver à son but, elle se retourna vers l'alcool. La dipsomanie reparut et avec elle arrivèrent des hallucinations terrifiantes de l'ouïe. La conscience, un moment indécise au début des perversions sensorielles, sombra; la malade refusa de manger de peur d'être empoisonnée. On la reconduisit dans mon service, conseil que j'avais donné dès la première tentative de suicide. Depuis deux ans que Mme B... a été confiée pour la seconde fois à mes soins, l'affection paralytique n'a plus offert de rémission, et l'inconscience a été absolue.

Par contre, les états de conscience sont rares à la terminaison des vésanies par guérison, sauf peut-être pour la manie aiguë. Quand, dans le cours d'une lypémanie simple ou d'une folie sensorielle, la bonne foi du malade a été complètement surprise, la conscience ne devance qu'à titre exceptionnel le retour complet à la raison. Moins tristes, moins tourmentés, ces aliénés en voie d'amélioration renaissent à la vie extérieure, s'occupent, réclament leur famille, mais ils subissent encore l'action du mal tout affaibli qu'il est et sans se douter de sa nature. La lutte contre la folie que nous avons vue pour ainsi dire caractéristique de la période de début ne se retrouve plus ici. Entre ces deux stades des affections mentales existe donc, à ce point de vue, une différence radicale.

Il est des cas, avons-nous dit plus haut, où la conscience, en dépit de la violence du mal, conserve tout son contrôle, permet à l'esprit de se reconnaître au milieu même de ses plus grands désordres et ne s'éclipse jamais. Ce sont ces cas qui doivent désormais nous occuper.

Tout d'abord, dirons-nous, il y a quatre variétés de folie qui s'accompagnent constamment de conscience, ce sont : l'hypochondrie morale de Falret, l'agoraphobie ou peur des espaces, la folie du doute avec délire du toucher et les folies impulsives. La caractéristique de ces aliénations mentales n'est pas, comme le croit M. Ritti, la présence de la conscience liée à l'irrésistibilité des actes, des sentiments ou des conceptions délirantes, car nous aurons tout à l'heure à faire connaître de nombreux cas de folie qui présentent ce double caractère et qui incontestablement ne se classent pas parmi elles. Ce qui les individualise et en forme un groupe à part, c'est la présence constante, indispensable de la conscience. Sans elle, elles n'existeraient pas, particularité qui ne se retrouve point pour les autres formes. Ces folies, contrairement à la célèbre définition de M. Baillarger, sont des infortunes qui se connaissent toujours. Ainsi, en aliénation mentale, tantôt la conscience est un *élément constitutif*, tantôt un *élément surajouté*, et c'est là, à mon avis, une distinction capitale sur laquelle j'appelle toute l'attention.

Entre ces deux groupes à conscience constitutive et à conscience surajoutée, existe toutefois un lien curieux d'étiologie, qu'il importe tout de suite de signaler : les aliénés conscients, quels qu'ils soient, sont des héréditaires et appartiennent pour le plus grand nombre aux classes aisées et instruites de la société. Le fait est accepté de tous les aliénistes pour les quatre formes où la conscience est un élément constitutif. Mes observations prouveraient qu'il en est de même, quand elle est un élément surajouté. Sur trente-quatre cas de ce

genre, vingt-sept fois l'hérédité a été constatée et les malades se répartissaient comme il suit : indigents, onze; pensionnaires, douze; clients instruits et aisés, onze; soit onze indigents pour vingt-trois malades appartenant aux classes riches et instruites. Cette statistique, quoique restreinte, acquiert une certaine valeur si on tient compte que, médecin en chef d'un grand service de près de cinq cents femmes indigentes, j'ai eu sous les yeux beaucoup plus de celles-ci que de celles-là. Parmi toutes ces infortunées de la classe pauvre et ignorante, en avoir trouvé si peu qui eussent connaissance de leur état, n'est-ce pas la preuve que dans cette catégorie l'inconscience est presque générale? De plus, jusqu'à ce jour, sauf chez une femme, il ne m'a pas été donné de voir l'état que nous étudions chez les personnes à instruction nulle. L'exception signalée prouve sans doute que savoir lire et écrire n'est pas indispensable pour apprécier ses perturbations mentales, mais l'intelligence est souvent indépendante de l'instruction, et il ne ressort pas moins de cette petite statistique que la conservation de la conscience dans la folie se rencontre de préférence chez ceux dont l'intelligence a été cultivée. Une nouvelle preuve à l'appui de cette opinion se trouve dans la catégorie des héréditaires qui restent conscients. Il résulte des recherches de M. Krafft-Ebing que les prédisposés se divisent en trois classes. La première comprend les cas de prédisposition latente. Rien, ni au point de vue physique, ni au point de vue intellectuel et moral ne trahit la tare vésanique. Dans la seconde se placent les héréditaires qui, avant le début de l'aliénation, ont présenté des accidents névropathiques ou des anomalies intellec-



tuelles. Enfin, dans la troisième, se trouvent les dégénérés de corps et d'esprit. Eh bien! c'est dans le premier groupe que se recrutent presque toujours les aliénés conscients. Dans mes observations prises en général, sur quarante malades, dix seulement dans leur jeunesse avaient présenté des accidents névropathiques ou des anomalies intellectuelles, et trente-deux fois l'hérédité pourtant a été bien constatée.

Vigueur intellectuelle et hérédité vésanique sont donc des conditions connexes qui favorisent la conservation de la conscience. En ce qui concerne l'intelligence, il est facile de comprendre son rôle. Au début de ce travail, j'ai eu soin de spécifier que le mot conscience est employé ici dans son acception réfléchie : il signifie la conscience qui se replie sur elle-même, qui s'étudie, cherche à comprendre et à expliquer les phénomènes qu'elle reflète. Cette conscience n'est pas celle du vulgaire, c'est surtout la conscience du penseur, de ceux habitués à scruter le pourquoi des choses et pour se conserver au milieu des plus graves perturbations psychiques, elle a le plus souvent besoin d'avoir été fortifiée par l'étude et l'observation. Voilà pourquoi, d'après mes recherches, les aliénés conscients se recruteraient dans la proportion de 67,6 p. 100 parmi l'élite de la société.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS

DESCRIPTION DE QUELQUES PIÈCES RELATIVES AUX LÉSIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES DES ATAXIQUES,

CONSERVÉES AU MUSÉE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA SALPÊTRIÈRE;

Par Ch. FÉRÉ.

Depuis que M. Charcot a appelé l'attention sur les affections articulaires et osseuses développées chez les ataxiques, un grand nombre de pièces de ce genre ont été recueillies à l'hospice de la Salpêtrière. Plusieurs d'entre elles ont été déposées par M. Charcot au musée Dupuytren, d'autres dans des musées de l'étranger, notamment au musée Huntérien et au musée de l'hôpital Saint-Thomas de Londres, au musée de Manchester, d'autres ont été égarées. Les spécimens actuellement conservés au musée de la Salpêtrière proviennent de huit sujets, et elles ont été réunies depuis 1876.

Les pièces provenant d'une nommée C... ont été décrites par M. Charcot[1]. (N°s 7 et 8.)

Une autre pièce, une arthropathie du coude, qui a été donnée au musée par M. Alph. Robert, est décrite en détail dans les bulletins de la Société anatomique[2], nous n'y reviendrons pas. (N° 9.)

Nous nous arrêterons seulement sur les préparations qui n'ont jamais été le sujet d'aucune description en règle.

I. La plus remarquable est le squelette de la nommée B..., que M. Charcot a présenté avec le moule en cire de la malade au Congrès de Londres[3] en 1881. C'est la première fois que le

[1] J.-M. Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, 3e édit., 1880, p. 305.

[2] Alph. Robert. — *Bull. Soc. anat.*, 1878, p. 512.

[3] *A Report on the Congress Museum*, p. 20.

squelette entier d'un ataxique a été examiné complètement; et l'épreuve n'est pas sans intérêt, car elle a permis de découvrir plusieurs lésions ignorées pendant la vie, ce qui permet de supposer que les lésions osseuses des ataxiques sont encore plus fréquentes que les faits publiés semblent l'indiquer. (N° 10.)

Ce squelette présente des arthropathies temporo-maxillaires scapulo-humérales, coxo-fémorales, fémoro-tibiales, et en outre une fracture de l'os iliaque droit et du péroné gauche. Ces deux dernières lésions avaient passé inaperçues sur le vivant.

1° *Articulations temporo-maxillaires. — Cavité articulaire du temporal droit.* La partie de la cavité glénoïde située en avant de la fissure de Glaser est plus que doublée d'étendue par l'usure de la racine transverse de l'apophyse zygomatique. Cette surface articulaire de nouvelle formation, qui est assez régulière à distance, présente, à la considérer de près, un aspect spongieux.

Cavité articulaire du temporal gauche. — La racine transverse de l'apophyse zygomatique est très légèrement usée à sa partie postéro-inférieure. La *mâchoire supérieure* est absolument dépourvue de dents et l'arcade alvéolaire à peu près complètement effacée.

Maxillaire inférieur (Fig. 3). — Le *condyle droit* est tellement usé que sa partie la plus élevée arrive presque au niveau du fond de l'échancrure coronoïdienne, ou plutôt on peut dire que le condyle a complètement disparu et que la surface articulaire actuelle est constituée par le col du condyle légèrement renflé à son extrémité. Cette surface est d'ailleurs rugueuse et ne présentait à l'état frais aucune trace de fibro-cartilage. Le *condyle gauche* est seulement un peu usé à sa partie postérieure.



Fig. 3. — Maxillaire inférieur avec usure du condyle droit.

Il semble que ce soit le premier fait qui ait été observé jusqu'ici d'arthropathie de l'articulation temporo-maxillaire. Nous ne connaissons point d'autre exemple de lésions de la base du crâne chez les ataxiques. Le maxillaire inférieur a aussi rarement été trouvé atteint. Toutefois M. Vallin[1] a signalé l'expulsion des dents et l'élimination du bord alvéolaire, et M. P. Olivier (de Rouen) a observé une fracture spontanée du maxillaire inférieur chez un ataxique[2].

[1] Vallin. — *Des altérations trophiques des os maxillaires dans l'ataxie locomotrice.* (*Union médicale*, novembre 1879.)

[2] Ancelin. — *Considérations sur les fractures spontanées dans l'ataxie locomotrice.* Thèse de Paris, 1881, p. 38.

2° *Epaule gauche* (*Fig.* 4). — A. *Omoplate.* La surface articulaire, la cavité glénoïde et le col ont complètement disparu. A leur place, on ne voit plus qu'un prolongement du bord axillaire de l'omoplate, se terminant par une épine verticale qui n'est autre que l'apophyse coracoïde dont le crochet a disparu. Cette espèce d'épine est lisse, quoique un peu irrégulière.

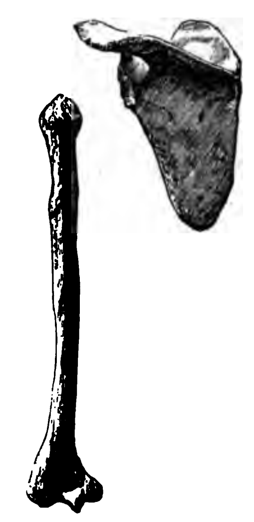


Fig. 4. — Épaule gauche, usure de la tête de l'humérus et de la cavité glénoïde de l'omoplate.

B. *Humérus.* L'extrémité supérieure de l'os ne constitue plus qu'une saillie conique où on ne reconnaît plus ni surface articulaire, ni tubérosités. Ces dernières ne sont pas complètement détruites, mais ne sont plus représentées que par des mamelons à peine saillants. La face externe a conservé à peu près l'aspect du tissu osseux normal, tandis qu'en dedans, à l'endroit où existait autrefois le col, on trouve une surface rugueuse, d'aspect spongieux. La tête humérale était luxée en avant et faisait saillie sous la peau comme on le voit dans la figure 5.

L'extrémité inférieure de cet os est saine; on y remarque seulement une perforation qui fait communiquer la cavité olécrânienne avec la cavité coronoïdienne; c'est là une disposition fréquente chez la femme.

3° *Epaule droite.* — A. *Omoplate.* La cavité glénoïde est complètement effacée. Le col et la surface articulaire sont tellement amincis d'arrière en avant que cette partie de l'os n'a pas plus d'un centimètre d'épaisseur. Il reste seulement à la partie inférieure de ce moignon une surface d'un centimètre carré environ, encore encroûtée de cartilage. La partie antérieure du col ne présente aucune altération appréciable ; c'est aux dépens de la face postérieure que s'est faite l'usure. Cette partie postérieure, aplatie et déformée, est irrégulièrement anfractueuse, spongieuse, percée d'un grand nombre de petits trous. L'usure porte jusque sur le bord axillaire de l'omoplate qui est devenu tranchant à sa partie supérieure, jusqu'à ce qui reste de la surface articulaire. — L'épine de l'omoplate est épaissie, et paraît plus dense que celle du côté opposé. Sa face supérieure, au lieu d'être concave, est devenue irrégulièrement convexe, et elle est creusée d'un grand nombre de petites cellules. La face inférieure, au lieu d'être convexe, est concave et forme une espèce d'arche ; une grande partie de cette surface est éburnée et lisse, sauf quelques petites érosions qu'on

remarque surtout vers la base de l'épine. C'est la partie inférieure de l'épine de l'omoplate où l'os est éburné qui était en rapport avec ce qui reste de la tête humérale.



Fig. 5. — Reproduction de la photographie de B..., montrant les déformations de l'épaule et du genou gauches.

B. *Humérus*. A la partie antérieure et interne du col chirurgical, il existe une dépression semblant résulter d'une usure. Au dessous, au contraire, l'épaisseur de l'os est plutôt exagérée, et on remarque en ce point plusieurs petites excavations qui logeraient une lentille. La tête humérale est profondément déformée ; le col anatomique est à peine appréciable, de sorte que la tubérosité externe semble confondue avec la tête. La grosse tubérosité semble d'ailleurs diminuée de volume; la petite est presque effacée, et c'est à peine si on trouve la trace de la coulisse bicipitale. La surface articulaire est complètement dépourvue de cartilage et offre une surface spongieuse, sauf à la partie antérieure où on remarque un îlot

irrégulier, lisse et dur, comme éburné. — L'extrémité inférieure de l'humérus ne présente aucune particularité à noter.



Fig. 6. — Face externe de l'os iliaque droit montrant l'absence de consolidation de la fracture et l'usure de la cavité cotyloïde.

4° *Hanche gauche.* — A. *Os iliaque.* Au pourtour de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, il existe en arrière et en dehors un petit bourrelet rugueux. Le reste de l'os n'offre rien d'anormal. Le ligament rond était détruit et il ne restait qu'une fongosité violacée à la place des insertions.

B. *Fémur* (*Fig.* 9). Rien de particulier du côté des tubérosités, ni du col. La tête fémorale est à peu près lisse dans toute son étendue, mais en arrière et en haut, la limite de la surface articulaire est marquée par un petit bourrelet légèrement saillant et irrégulier. — Un peu au-dessous du petit trochanter, sur la face antérieure et près du bord interne de l'os, on remarque une petite dépression peu profonde, à surface lisse, et semblant résulter d'une usure.



Fig. 7. — Face interne de l'os iliaque droit ; consolidation de la fracture par un cal exubérant et difforme.

5° *Hanche droite.* — A. *Os iliaque.* Avant de décrire l'état de la surface articulaire de cet os, nous dirons quelques mots d'une autre lésion qui n'avait point été soupçonnée pendant la vie.

Fracture de l'ilion. Sur la face externe de l'os (*Fig.* 6) on trouve un sillon profond, trace d'une fracture non consolidée, qui se dirige un peu obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, partant à peu près de l'union du tiers moyen et du tiers antérieur de la crête iliaque et se dirigeant vers le fond de l'échancrure du psoas. En avant de ce sillon qui entoure presque toute son étendue d'une profondeur égale à l'épaisseur de l'os, on trouve sur la fosse iliaque externe, des saillies rugueuses; en arrière on trouve une crête également rugueuse d'en-



viron 5 millimètres de hauteur au niveau de l'inversion du petit fessier.

Du côté de la fosse iliaque interne (*Fig.* 7), on voit, suivant la même direction que le sillon de la face externe, une production osseuse irrégulière, un cal difforme, formant une saillie rugueuse d'un centimètre d'épaisseur et de 4 centimètres de large en moyenne. Cette production forme comme une espèce d'attelle accolée à l'os. Cet aspect de la face interne de la fosse iliaque contraste avec celui de la face externe où, au lieu d'un cal exubérant, on constate l'absence complète de tout travail de consolidation.

La forme anatomique de cette fracture se rapproche de celle qui a été décrite par Duverney sous le nom de fracture en travers de l'os des îles et dont, dans un autre travail[1], nous nous sommes efforcé de démontrer le mode de production par choc ou pression latérale agissant obliquement de bas en haut et de dehors en dedans. Il est probable que la malade s'est fracturé le bassin en se tournant brusquement dans son lit, car elle n'avait subi aucun traumatisme grave, et d'ailleurs la lésion n'avait pas été soupçonnée de son vivant. L'absence de consolidation du côté externe peut s'expliquer par ce fait que la malade n'ayant jamais été traitée, les fragments qui n'ont jamais été rapprochés, tendaient toujours à s'écarter par dehors, tandis que, du côté interne où ils ne s'étaient jamais abandonnés, le défaut d'immobilisation tendait à déformer le cal à mesure qu'il se constituait.

A. La *cavité cotyloïde* est à peu près effacée, on ne trouve plus trace de rebords; à la place qu'elle occupait, il n'y a plus qu'un large méplat, interrompu par une petite dépression à peu près de la largeur de la pulpe du pouce. Sur la branche horizontale du pubis, au niveau de la partie supérieure de l'ancienne cavité articulaire, on trouve une petite dépression qui logerait une lentille, et autour d'elle, l'os est un peu poreux. En arrière, vers la base de l'épine sciatique, on trouve une petite dépression en forme de cupule, qui se trouvait en rapport avec l'extrémité supérieure déformée du fémur.

B. *Fémur* (*Fig.* 8). A l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de l'os on trouve une dépression portant sur la demi-circonférence externe de l'os, dépression irrégulière, semblant résulter d'une usure comme si l'os avait été râpé. Le grand tro-

[1] Ch. Féré. — *Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin.* (*Progrès médical*, 1880, p. 3.)

chanter n'est plus représenté que par une épine ayant à peu près le volume de l'épine sciatique. Le petit trochanter ne forme plus qu'une petite éminence rugueuse à peine saillante. Le col et la tête du fémur ont complètement disparu ; le moignon qui subsiste forme une saillie de 2 ou 3 millimètres sur le côté interne du corps de l'os. La partie de ce moignon qui était en contact avec l'os iliaque est recouverte d'une couche de tissu fibreux rappelant le fibrocartilage.

L'extrémité inférieure de l'os est extrêmement poreuse, mais il n'y a pas de destruction de cartilage.

6° *Genou gauche.* (*Fig.* 9). — A. *Fémur.* L'extrémité inférieure du fémur gauche présente une usure considérable du condyle externe. Ce condyle paraît avoir été coupé obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, de sorte que l'extrémité externe de la surface articulaire répond à la tubérosité externe et est située à un peu plus de 4 centimètres au-dessus du plan du condyle interne. — Le condyle interne est lui-même rétréci dans son diamètre transversal, car la partie externe est aussi usée. Ce qui représente la surface articulaire du condyle externe est lisse et assez dense; quant au condyle interne, il présente un aspect poreux. En avant, le contour de la surface articulaire des deux condyles est marqué par un bourrelet retroussé formant une gouttière profonde ouverte en haut et surtout marquée sur le condyle interne.

Quand on considère l'os par sa partie postérieure, on ne trouve plus trace de condyle externe; le condyle interne aminci présente de nombreuses aspérités rugueuses. Toute l'étendue de la surface poplitée présente une usure formant une cavité de plus d'un centimètre de profondeur d'une forme générale triangulaire et destinée à recevoir l'extrémité supérieure déformée du tibia.

Fig. 8. — Membre inférieur droit, usures des saillies de l'extrémité supérieure du fémur. (Les autres lésions sont dues à la macération.)

B. *Tibia* (*Fig.* 10). La surface articulaire des plateaux du tibia a à peu près complètement disparu, il n'en reste qu'à peu près un centimètre carré à la partie antérieure et interne

du plateau interne. Cette partie offre une usure considérable formant une concavité transversale, dont le fond descend à peu près jusqu'au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Il résulte de cette altération que la surface supérieure du tibia présente deux saillies latérales simulant à peu près la forme des condyles du fémur.

Cette même surface supérieure est en outre divisée par une crête transversale qui la sépare en deux parties inégales ; l'antérieure

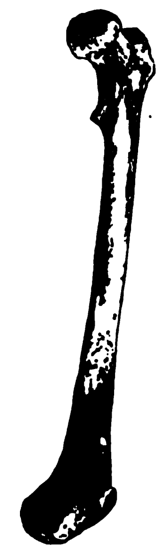


Fig. 9. — Fémur gauche. Lésions peu prononcées de l'extrémité supérieure. Usure et déformation considérable de l'extrémité inférieure.



Fig. 10. — Os de la jambe gauche. Usure et déformation de la surface articulaire supérieure du tibia, fracture consolidée du péroné.

moins étendue, taillée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; la postérieure, plus large, taillée en sens inverse, est plus profondément échancrée, surtout vers le reste du plateau externe qui est fortement usé, tandis que le renflement qui représente le plateau interne forme une saillie ovalaire de un centimètre et demi de hauteur dont le grand axe antéro-postérieur a 45 millim. et le petit axe transversal 30. Cette saillie était en contact avec la concavité décrite au niveau de la surface poplitée du fémur.

A l'autopsie, nous avions constaté que l'extrémité supérieure du

tibia était remontée en dehors et en arrière du condyle externe du fémur, de sorte que ce qui reste du plateau interne du tibia se trouvait être à 10 centimètres plus haut que le condyle interne du fémur. La rotule se trouvait située entre la tubérosité du tibia déplacé et le bord externe du fémur tout à fait en dehors de l'axe de la cuisse. Le tendon du biceps était dévié à sa partie inférieure et se dirigeait en dehors ainsi que le ligament rotulien qui était presque horizontal. Toute l'étendue de la synoviale présentait une teinte ocreuse foncée se rapprochant de la couleur de terre de Sienne, mais sans altérations appréciables à l'œil nu de sa structure. Les ligaments croisés n'étaient pas détruits, mais extrêmement allongés et déviés en dehors puisque leur extrémité est un plan plus élevé que l'insertion fémorale; l'externe avait 6 centimètres de long, l'interne 4. Les ligaments latéraux étaient également très allongés et déviés dans le même sens. Quant aux cartilages semi-lunaires, ils avaient complètement disparu. On peut du reste se rendre compte en considérant la figure 5 de la position vicieuse des surfaces articulaires.

8° *Le péroné gauche* a été fracturé à sa partie moyenne et offre un cal un peu volumineux, mais assez régulièrement fusiforme (*Fig.* 10).

La cinquième côte gauche est bifurquée à sa partie antérieure[1], et chaque branche de bifurcation se continuait par un cartilage spécial.

II. Les pièces provenant de la nommée C... consistent en deux arthropathies des hanches et une arthropathie du genou droit.

1° *Articulation coxo-fémorale droite.* — A. *Os iliaque* (*Fig.* 11). La cavité cotyloïde est effacée par l'usure de ses bords. Cette usure d'ailleurs est beaucoup plus marquée en haut et en arrière qu'en bas et en avant, ce qui est en rapport avec le déplacement du fémur.

Vers le haut, la cavité est éculée, de telle sorte qu'elle arrive très près de l'éminence iléo-pectinée. En arrière et en haut la cavité s'avance vers la base de l'épine iliaque antéro-inférieure. En arrière, l'usure est encore beaucoup plus marquée et s'étend jusqu'à la base de l'épine sciatique et jusqu'au bord antérieur de la grande échan-

[1] Les fibres musculaires comprises dans l'espace losangique compris entre les branches de bifurcation de la côte et les deux cartilages offraient la même coloration que celles des autres muscles intercostaux. C'est une remarque que nous avons déjà faite à propos d'une autre pièce analogue, et qui est intéressante au point de vue de l'interprétation du rôle physiologique de ces muscles. (*Bull. Soc. anat.*, 1880, p. 290.)

crure. Il existe de ce côté, en arrière de l'ancienne cavité cotyloïde, et à peine séparée d'elle par une crête peu saillante, une large surface qui se trouvait en rapport avec ce qui reste de l'extrémité supérieure du fémur. Cette surface où l'os est aminci, s'étend depuis la base de l'épine sciatique le long et jusqu'au niveau du fond de la grande échancrure, et elle remonte à peu près jusqu'au milieu de la partie antérieure de la fosse iliaque externe.

En bas, l'usure du sourcil cotyloïdien est beaucoup moins marquée, et en avant l'échancrure cotyloïdienne est intacte. Cette disposition de l'usure montre bien qu'elle est déterminée par le frottement du fémur, tendant toujours à se porter en haut et en arrière.



Fig. 11. — Os iliaque droit, usure de la cavité cotyloïde.



Fig. 12. — Fémur droit, usure de la moitié inférieure de la tête.

Le fond de la cavité n'est pas complètement déformé, l'arrière-fond est encore reconnaissable.

Toutes les parties qui sont le siège de la déformation offrent un aspect poreux tout spécial, indiquant une raréfaction de l'os.

B. *Fémur* (*Fig.* 12). La moitié inférieure de la tête fémorale est coupée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, et présente de ce côté une surface plane comme usée à la meule. Cette usure, qui résulte du frottement du fémur contre la fosse iliaque, peut servir à faire reconnaître la position occupée pendant la vie.

La partie antérieure du col est dépolie et offre un aspect spongieux, et sur quelques points il existe des rugosités saillantes également spongieuses.

2° *Articulation coxo-fémorale gauche.* — A. *Os iliaque* (*Fig.* 13). De ce côté il n'y a qu'un point de la cavité cotyloïde qui soit intact, c'est l'échancrure antérieure. Le fond est complètement lisse, il n'y a plus trace de l'arrière-cavité. Sur tout le pourtour, les bords sont émoussés, et les limites de la cavité sont à peine distinctes sur certains points. En arrière de l'ancienne cavité, il existe une large plaque d'usure à peu près lisse allant de la base de l'ischion et de l'épine sciatique au fond de l'échancrure sciatique, et, en s'arrondissant à la base de l'épine iliaque antérieure et inférieure,

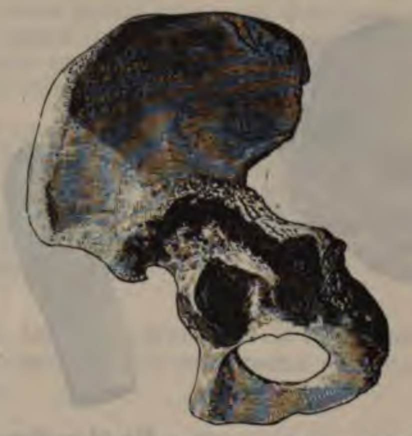


Fig. 13. — Os iliaque gauche. Usure de la cavité cotyloïde et de la partie voisine.



Fig. 14. — Fémur gauche, disparition totale de la tête.

atteignant enfin l'échancrure comprise entre l'épine iliaque antéro-inférieure et l'éminence iléo-pectinée.

B. *Fémur* (*Fig.* 14). La tête et le col ont complètement disparu, il ne reste plus à la place de l'insertion du col sur le corps du fémur qu'une surface rugueuse et poreuse. (N° 5.)

3° *Genou droit.* — Les surfaces articulaires du fémur, du tibia et de la rotule ne présentent pas de déformations très accentuées ; elles offrent seulement sur toute l'étendue des parties en contact un aspect spongieux, avec usure généralement peu marquée de la surface, sauf pourtant sur les plateaux du tibia qui sont, surtout l'interne, assez notablement effondrés. (N° 6).

III. La nommée A... ne présentait que des fractures de l'humérus gauche de l'avant-bras droit, de la jambe gauche. (N° 11.)

1° *Humérus gauche (Fig. 15)*. Cet os présente vers son tiers inférieur une fracture avec cal difforme. Le fragment supérieur chevauche de près de dix centimètres en avant de l'inférieur, de sorte que sa pointe arrive presque au niveau de la cavité coronoïdienne. Les deux fragments éloignés de plus d'un centimètre sont réunis par un cal volumineux et irrégulier.



Fig. 15. — Fracture de l'humérus gauche.

2° *Avant-bras droit* (*Fig.* 16). Les deux os sont fracturés au-dessus de leur extrémité inférieure.

Le *cubitus* a été fracturé à peu près à quatre centimètres au-dessus du niveau de la surface articulaire. Le fragment supérieur a chevauché en dedans et est réuni latéralement à l'inférieur par un cal difforme, volumineux et à surface poreuse. La pointe du fragment supérieur forme encore une saillie de plus d'un centimètre dans l'espace interosseux.

Le *radius* a été rompu plus d'un centimètre plus haut que le cubitus. Les deux fragments qui étaient restés mobiles présentent un renflement d'aspect poreux par places, éburné sur d'autres points, mais ils ne sont nulle part réunis par une soudure osseuse, il y avait deux réunions par du tissu fibreux.

3° *Jambe gauche*. (*Fig.* 17). Les deux os sont fracturés, mais à des hauteurs très différentes; mais tous deux offrent une double déviation analogue, en angle obtus ouvert en dedans et en arrière.

Le *péroné* est rompu à huit centimètres environ de son extrémité inférieure et les deux fragments sont réunis par un cal peu volumineux.

Le *tibia* a été fracturé plus de dix centimètres au dessus et il s'est consolidé également par un cal peu volumineux. Sur sa demi-circonférence externe au niveau du foyer de la fracture du péroné



Fig. 16. — Fractures des deux os de l'avant-bras droit (face postérieure).

Fig. 17. — Fractures des deux os de la jambe gauche (face postérieure).

avec lequel il était en contact, il existe une petite production osseuse irrégulière.

IV. Sur la nommée X... il n'existait qu'une arthropathie de la hanche. (N° 12.)

Hanche gauche (*Fig.* 18). — A. *Os iliaque.* La cavité cotyloïde n'est intacte qu'au niveau de l'échancrure antérieure ; l'arrière-fond est élargi, déformé, rugueux. En avant et en arrière, le sourcil cotyloïdien fait une saillie exagérée et est déformé par des aspérités rugueuses. Dans toute sa demi-circonférence postérieure au contraire il est complètement usé et remplacé par une plate-forme à surface lisse, limitée en arrière par une crête saillante demi-circulaire. Cette plate-forme est surtout large en haut et en arrière, du côté de la fosse iliaque avec laquelle elle se confond.

B. *Fémur*. La tête et le col ont complètement disparu, la perte

de substance à surface irrégulière mais non rugueuse, forme comme une section allant de la base du grand trochanter à la base



Fig. 18. — Os de la hanche gauche. Usure de la cavité cotyloïde, disparition de la tête fémorale.

du petit trochanter qui n'est plus représenté que par une très petite rugosité.

V. La nommée P... offrait une arthropathie de la hanche droite et du genou droit. (N° 13.)

1° *Hanche droite* (*Fig.* 19). — A. *Os iliaque.* Toute la demi-circonférence postérieure du sourcil cotyloïdien est usée et constitue une sorte de plate-forme semi-lunaire de un centimètre de largeur à peu près. Sur certains points cette surface est lisse et comme éburnée; sur d'autres elle est rugueuse et présente un aspect spon-

gieux. Il n'existe plus de trace de cartilage articulaire sur la cavité cotyloïde, qui offre un aspect rugueux sur toute son étendue, sauf au niveau de l'échancrure cotyloïdienne, où l'os a conservé son apparence normale. Le fond de la cavité cotyloïde est rempli par une masse ovoïde qui lui est intimement soudée. Cette masse est



Fig. 19. — Os de la hanche droite, déformation de la cavité cotyloïde au fond de laquelle est la tête fémorale.

constituée par la tête fémorale sur une petite étendue, mais il n'y reste aucune trace de cartilage. La partie du col qui reste adhérente à la tête montre une surface irrégulière et spongieuse.

Sur la face interne de l'os iliaque entre la crête innominée, le trou sous-pubien et la grande échancrure sciatique, on voit une saillie à peu près régulièrement hémisphérique et représentant à peu près les dimensions du fond de la cavité cotyloïde à laquelle elle correspond exactement. La surface de cette saillie est percée d'une quantité considérable de petits trous; en arrière et en haut tout près de la crête innominée, il existe une perte de substance d'un centimètre carré environ comprenant toute l'épaisseur du fond

de la cavité cotyloïde qui à ce niveau est très amincie. Cette solution de continuité permet d'apercevoir la surface rugueuse de la tête fémorale, qui vient ainsi, en quelque sorte, faire saillie dans le petit bassin.

B. *Fémur*. Du côté du fémur, nous voyons que le col a été comme coupé à son insertion, obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Il ne reste plus à sa place qu'une surface irrégulière, rugueuse et percée de trous. Ce même aspect se retrouve du reste sur la partie postérieure de l'os jusqu'à la bifurcation supérieure de la ligne âpre.

2° A l'*extrémité inférieure du fémur* on trouve sur la partie inférieure du condyle externe une évasion antéro-postérieure du cartilage de deux centimètres de long sur un de large, au niveau de laquelle l'os est détruit sur une petite épaisseur. Il n'y a pas d'autre lésion appréciable des surfaces articulaires du genou.

VI. La nommée B..., ancienne ataxique, confinée au lit depuis longtemps, s'est fracturée le fémur droit en se tournant dans son lit sans qu'on ait pu savoir au juste par quelle combinaison de mouvements. Le fragment supérieur



Fig. 20. — Face antérieure du fémur gauche. A, Renflement de la moitié supérieure. — B, Angle inférieur de la fracture. C, Angle inférieur (résection de la pointe du fragment).

avait percé la peau et, malgré la résection de l'extrémité du fragment, la réduction n'avait pu être maintenue et la malade mourut des suites de cette fracture exposée.

Les deux tiers supérieurs du corps du fémur forment un renflement fusiforme, dont la surface présente un aspect poreux sur certains points, éburné sur d'autres. C'est un peu au-dessus de la limite de cette altération que siège la fracture (*Fig.* 20).

Un peu au-dessus de l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de l'os, à cinq à six millimètres en dehors du bord interne, sur la face antérieure, on voit partir un trait de fracture qui se dirige obliquement en dehors dans la direction de la tubérosité externe du fémur, mais la fracture s'arrête à 5 centimètres environ avant d'arriver à cette tubérosité. Un autre trait parti du même point contourne le bord interne, la face interne, puis la face externe pour venir se terminer en bas en se réunissant avec le premier pour former deux fragments aigus. La pointe du fragment supérieur a été réséquée. Il n'existe aucune fissure, pas plus à l'angle inférieur qu'à l'angle supérieur. (N° 14.)

Cette fracture rappelle celles que nous avons décrites sous le nom de fractures par torsion de la partie du corps inférieure, du fémur et reproduites expérimentalement[1]; mais elle en diffère seulement parce que le trait spiral au lieu de parcourir la face antérieure de l'os, contourne les faces interne et externe, et que le trait rectiligne se trouve à peu près tout entier sur la face antérieure. Il est probable que cette différence tient à la différence de structure des deux tiers supérieurs de l'os où on voit un renflement fusiforme d'un aspect éburné; comme il est de règle dans ces fractures que l'obliquité du fragment rectiligne indique le sens dans lequel l'extrémité inférieure de l'os a tourné, il est probable qu'il s'agit ici d'une fracture par torsion en dehors. Un autre cas de fracture du fémur observée chez un ataxique par M. Heydenreich, peut peut-être à juste titre être rapproché de celle-ci ; il est dit en effet que « les fragments sont pointus, extrêmement obliques, disposés en spirale[2] ».

[1] Ch. Féré. — *Bull. Soc. anat.*, 1880, p. 448.
[2] Heydenreich. — *Bull. Soc. anat.*, 1874, p. 255.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

IX. Note sur l'un des « symptômes » de l'ataxie locomotrice; par J. Mortimer Granville. (*Practitioner*, novembre 1881, p. 333.)

L'hypothèse de la dissolution, proposée par Herbert Spencer, et appliquée par Hughlings Jackson à l'explication de certains phénomènes pathologiques, trouve son application dans ce qu'on est convenu d'appeler le symptôme pathognomonique de l'ataxie locomotrice, c'est-à-dire la perte de l'équilibration en l'absence du secours fourni par le sens de la vue.

L'auteur explique ainsi ce phénomène : la fonction automatique qui consiste à équilibrer le corps et à le maintenir dans la station droite, a le sort de toutes les fonctions qui s'accomplissent en vertu d'une coordination des mouvements musculaires : elle est une fonction *apprise* à l'aide du sens de la vue, avant de devenir une fonction semi-consciente et finalement automatique ; et le sujet ataxique est ramené, par le processus de la dissolution, à l'état d'un enfant qui apprend à se tenir debout et à marcher.

Non seulement cette manière de voir donne du phénomène en lui-même une explication nouvelle, mais l'auteur estime qu'elle entr'ouve une voie nouvelle au traitement. Si bizarre et si peu physiologique que puisse paraître au premier abord une pareille idée, M. Mortimer Granville propose d'enrayer la déchéance ou de réveiller l'activité du « sens musculaire » par la rééducation des cellules nerveuses qui constituent les sources de cette forme particulière d'énergie. Pratiquement, le traitement qu'il propose est le suivant : faire tenir le malade debout, les yeux fermés, dans un bain, après avoir versé le long du rachis une petite quantité d'eau froide (dans quelques cas, il a paru utile de sinapiser la colonne vertébrale dans toute sa hauteur, tous les soirs, jusqu'à rubéfaction); faire persister le malade dans ses efforts pour se tenir ferme et droit sur ses

jambes pendant un quart d'heure d'abord, puis une demi-heure avec un point d'appui à sa portée, mais en lui recommandant de ne l'utiliser que s'il se sent en danger imminent de tomber. Pendant les deux ou trois premières semaines, on n'obtiendra que des résultats très peu appréciables; mais après ce délai, et en moins de trois mois, on verra s'amender non seulement le symptôme ainsi combattu, mais tous les autres symptômes, en même temps que l'état général du malade s'améliorera d'une façon sensible. R. DE M. C.

X. NOTE SUR LA MALADIE DE MÉNIÈRE ET EN PARTICULIER SUR SON TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DE M. CHARCOT; par Ch. FÉRÉ et Ach. DEMARS. (*Revue de Médecine*, **1881**.)

Les auteurs débutent par une étude de la maladie d'après les documents récents et l'observation de plusieurs malades de la Salpêtrière. — Des troubles auriculaires variés, la surdité, quelquefois inaperçue, d'une oreille, une sensation passagère de vertige précèdent les symptômes de la maladie de Ménière confirmée. Elle se présente sous deux formes : l'une, grave, ne laissant nulle trève au patient : l'autre, moins fâcheuse, constituée par des vertiges revenant à de longs intervalles et pouvant revêtir la forme des paroxsymes décrits plus loin. — Dans les cas les plus graves, la position horizontale calme seule la sensation vertigineuse continue, l'état d'instabilité constante qu'éprouve le malade, malgré oreillers et coussins entassés autour de lui. Le simple mouvement des yeux, l'approche d'une personne, un ébranlement du lit peuvent compromettre cette situation lamentable et jeter après une secousse violente le malade dans les horribles sensations du paroxysme. — D'autres fois, l'état vertigineux est moins marqué et permet la vie active. La démarche se fait alors comme d'une pièce, avec inclinaison du corps d'un côté, les bras placés en balancier, et trahit la préoccupation de se maintenir en équilibre. Des bruits subjectifs variés en même temps dans les oreilles, bourdonnements, bruits de la mer, et surtout sifflements aigus. Ils redoubleront à l'approche du paroxysme. A ce moment, si le sujet ne peut quitter le lit, il se sent précipité dans un gouffre sans fond, tournoyant, enlevé en l'air, suspendu par la tête ou les pieds, projeté diversement. Au contraire peut-il marcher, il y a tantôt sensation subjective de chute, tantôt chute véritable.

Une force supérieure le pousse, le terrasse subitement ou lui permet de diriger et d'amortir sa chute, qui a lieu toujours du même côté. La conscience demeure entière. Nausées et vomissements terminent l'accès. En certains cas légers, il n'existe que des vertiges séparés par un long intervalle et pouvant revêtir la forme d'un véritable paroxysme. La maladie dure tant que la surdité n'est pas complète.

L'autopsie n'a révélé aucune lésion constante. M. Pierret a décrit parmi les symptômes céphaliques de l'ataxie locomotrice des vertiges en tout pareils à ceux qui viennent d'être passés en revue, dont on retrouve deux exemples dans ce travail.

Longtemps réputée incurable, la maladie de Ménière ne fut véritablement améliorée que par le traitement que M. Charcot faisait connaître à ses auditeurs, à la Salpêtrière, en 1875, par l'emploi prolongé, à dose élevée, du sulfate de quinine.

Des tracés indiquent exactement et parallèlement, et la dose de sulfate de quinine donnée et l'état des symptômes chez les malades observés par MM. Féré et Demars. La dose a varié de trente à quatre-vingts centigrammes. On l'administre pendant quinze jours, on le suspend un temps égal, on le reprend quinze jours encore et ainsi de suite jusqu'à ce que la guérison soit obtenue. Les bruits quiniques s'ajoutent au début aux bruits morbides et l'état s'aggrave tant que, sans l'espoir de la guérison, le malade préfèrerait revenir à son état ordinaire de souffrance. Amélioration dès la première suspension du traitement, exacerbation moindre à la première reprise et finalement amélioration considérable ou guérison. Il ne faut pas oublier que l'affection peut récidiver et que le traitement agit alors aussi bien que la première fois [1]. D. Bernard.

XI. Lésion grave du cerveau, guérison; par William Wood. (*The american Journal of the medical Sciences*, juillet 1881, p. 168.)

Voici le résumé de l'observation : il s'agit d'un homme sur le corps duquel un tramway avait passé et qui portait à la tête une plaie allant de l'angle interne de l'œil jusqu'à l'occiput.

[1] Depuis cette époque, M. Charcot a employé avec un certain succès, le salicylate de soude dans les mêmes circonstances que le sulfate de quinine. (Ch. F.)

Le cerveau était mis à nu et l'on constatait sur sa portion antérieure un sillon long d'environ trois pouces. L'œil gauche était attiré en haut de telle façon que la pupille était cachée ; de l'autre côté de la tête, il y avait une plaie du cuir chevelu de trois pouces et demi de longueur. Le conducteur du tramway fit savoir que le blessé avait été atteint à la tête par une pièce saillante de la machine. M. Wood introduisit les doigts dans le crâne pour en extraire des esquilles, des cheveux et des fragments de substance cérébrale ; puis il ramena l'œil en place et fit plusieurs points de suture, en laissant une petite ouverture vers l'augle interne de l'œil ; puis il banda la tête en faisant de son mieux la coaptation des os. Pendant tout ce temps le blessé était sans connaissance. Quelques heures après, il eut un vomissement de sang (ceci se passait le 29 mai). Le lendemain miction involontaire, vomissements de sang, délire. — Le 1er juin, le malade est plus tranquille. — Du 2 au 4, la conscience et la raison reviennent, on enlève les points de suture ; la réunion se fait par première intention. Le dixième jour, l'écoulement cesse, l'ouverture se ferme ; le malade se lève un peu. Vingt-six jours après l'accident, le blessé, parfaitement guéri, reprend ses occupations (il est mécanicien dans une manufacture de papier). Depuis ce moment, il a continué à se bien porter, et son intelligence est parfaitement nette ; la seule trace qui reste de l'accident consiste dans l'impossibilité où il se trouve de regarder en bas (avec l'œil qui a été atteint) sans baisser la tête. Dans la moitié postérieure de la plaie, il y a eu réunion osseuse ; mais dans la moitié antérieure, les os demeurent séparés par un espace d'environ un quart de pouce.

Au point de vue de la guérison, ce cas est intéressant ; mais il est fâcheux que l'auteur n'ait pas indiqué d'une façon plus précise la topographie de la lésion cérébrale, sa largeur, sa profondeur, et les régions de l'écorce qu'elle intéressait.

R. de M. C.

XII. De l'hystéro-épilepsie ; par Charles-K. Mills. (*The american Journal of the medical Sciences,* octobre 1881, p. 392.)

L'auteur rapporte deux observations originales et très intéressantes d'hystéro-épilepsie ; ces observations sont accompa-

gnées de dessins représentant les diverses attitudes prises par les malades pendant les attaques. M. Mills fait ensuite l'histoire de l'hystéro-épilepsie, en mettant à profit les travaux de MM. Charcot, Bourneville et Richer; son but, il le dit lui-même au début de son travail, a été de donner à ses confrères des États-Unis une description de l'hystéro-épilepsie claire, complète, et conforme à l'enseignement de l'école de la Salpêtrière.
R. de M.-C.

XIII. Sur la pathogénie de l'épilepsie, lettre au professeur Luciani; par le professeur V. Chirone. (*Il Morgagni*, 1881, fasc. VI.)

Le professeur Chirone affirme que l'écorce cérébrale n'est pas le centre indispensable des mouvements épileptiques, ainsi que le pense le professeur Luciani pour lequel l'excitation de la moelle allongée n'est qu'un phénomène secondaire et non nécessaire.

Pour le prouver, il a observé que certaines substances donnent des convulsions épileptiques en agissant, les unes sur l'écorce cérébrale, les autres directement sur la moelle sans qu'il soit besoin de la substance corticale. — C'est ainsi qu'avec la cinchonidine il a déterminé chez des pigeons des convulsions épileptiques généralisées; mais, après leur avoir enlevé un lobe cérébral, il n'a plus obtenu de convulsions épileptiques que dans la moitié du corps correspondant au côté de la lésion; si on enlève les deux lobes cérébraux, on ne peut plus déterminer du tout de convulsions.

Avec la picrotoxine, au contraire, l'auteur a pu voir régulièrement se produire les manifestations épileptiques alors même que les deux lobes cérébraux avaient été extirpés; il ne saurait donc dans ce cas être question de l'action épileptogène de l'écorce cérébrale.

L'auteur n'admet pas l'objection faite antérieurement par Luciani : qu'on n'a pas affaire là à de l'épilepsie vraie, ni à des phénomènes qui lui soient absolument comparables. Il pense que si quelquefois l'épilepsie est produite par l'excitation de l'écorce cérébrale, souvent aussi elle est due à l'excitation d'autres régions des centres nerveux, telles que la moelle allongée.
P. M.

INURIE COMME SYMPTÔME DE L'ACCÈS ÉPILEPTIQUE; I e Dr FIORI. (*Italia medica*, Genova 1881.)

ri constate que l'albuminurie est un phénomène très s non constant de l'accès d'épilepsie; on l'observe it qu'on provoque des convulsions épileptiformes es an aux; souvent aussi chez les hystériques à la suite des convulsions. Il a de plus observé une hystérique qui, atteinte pendant ses accès d'aphasie et de rétention d'urine, voyait disparaître l'aphasie quand on plaçait une plaque de zinc au-devant du larynx, et la rétention d'urine quand on en plaçait une à l'hyp pplication des plaques de zinc avait une i tion même de l'urine. — Quand les plaques étaient reur , l'urine devenait plus abondante en quantité et plus pauvre en matériaux solides au point de vue absolu et au point de vue relatif; quand les plaques étaient appliquées la quantité de l'urine diminuait et se maintenait au-dessous de la moyenne des individus sains, mais sa composition se rapprochait des urines normales.

L'auteur a constaté aussi que, pendant l'application des plaques de zinc, les différences entre la température centrale et les températures périphériques étaient plus accentuées qu'en dehors de l'application des plaques, et attribue ces différences dans l'excrétion de l'urine à des variations dans la circulation sanguine. P. M.

XV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PHÉNOMÈNES POST-HÉMIPLÉGIQUES (HÉMIATAXIE POSTHÉMIPLÉGIQUE); par le Dr UGO BASSI. (*Lo Sperimentale*, 1881, fasc. 7.)

Le Dr Bassi rapporte l'observation d'un homme de 57 ans qui, après avoir été frappé d'hémiplégie gauche, avait vu les mouvements se rétablir dans le côté paralysé assez pour permettre la marche à l'aide d'une béquille; mais en même temps la jambe du côté malade était prise d'une incoordination que l'auteur ne peut mieux comparer qu'à celle de l'ataxie; rien d'analogue ne se montrait au membre supérieur. L'autopsie faite plus tard fit voir un foyer hémorrhagique situé dans le noyau lenticulaire droit et dont une des parois attenait à la capsule interne.

L'auteur rapproche ce fait de celui qui a été publié par Grasset

dans le *Progrès Médical* de 1880, n° 40. — Il fait remarquer que, contrairement à ce qui se passe dans l'ataxie, la fermeture des yeux n'augmente pas l'incoordination, et pense que, lorsqu'on aura un nombre suffisant de documents, on pourra peut-être reconnaître comme génératrices de ces phénomènes certaines lésions de la partie antérieure du corps strié et de la capsule interne. P. M.

XVI. L'auscultation de la parole a la surface de la tête; par le Dr Roberto Adriani. (*Rivista sperimentale di Medicina legale*, 1881.)

L'auteur rappelle que l'étude de l'auscultation céphalique est loin d'être nouvelle. — Mais elle n'a jamais été appliquée au même but que celui qu'il poursuit : le diagnostic des maladies mentales. — Suit une description des modalités diverses que prennent les sons suivant que le sujet parle à voix haute ou basse et suivant le point du crâne où l'oreille est appliquée; — l'auteur recommande de faire parler à voix basse la personne en expérience et d'ausculter dans la région occipitale.

Dans ces conditions, il a trouvé le son de la voix chez cent soixante-deux malades atteints d'affections mentales : trente-neuf fois exagéré, trois fois amphorique, treize fois affaibli, trois fois indistinct, ou nul; — tandis que chez cent deux personnes saines, il ne l'a trouvé que quatre fois exagéré et trois fois affaibli; mais jamais amphorique, ni indistinct.

Il n'a pu saisir aucun lien entre les variations de diamètres et de courbures et les données de l'auscultation; non plus qu'entre ces dernières et les différentes formes d'affections mentales.

Il pense que la transmission de la voix se fait par l'intermédiaire des parois du crâne et non par le cerveau, qui, au contraire, amortit plutôt les sons; si la voix s'entend mieux au niveau de l'occiput, cela tient à ce que l'apophyse basilaire étant en rapport avec le pharynx entre plus facilement en vibration. Mais si le cerveau concourt peu à la transmission de la voix, il est loin d'être sans influence sur elle ; c'est probablement aux différences de densité du cerveau que sont dues les modalités différentes de celle-ci ; et, depuis les recherches de Crichton Browne (*Brain*, 1879), on sait que la densité du cerveau varie dans les différentes formes de maladies mentales. Aussi le

Dr Adriani, tout en reconnaissant qu'il n'est arrivé encore à rien de précis, espère-t-il que, dans un avenir peu éloigné, l'auscultation céphalique pourra être d'un grand secours dans le diagnostic des affections mentales. P. M.

XVII. Sur le centre cortical de l'iris chez les oiseaux; par OElh. (*Rendiconti del R. Istituto Lombardo di scienze lettere*, vol. XII.) *Rivista di Freniatria.*

A la suite d'expériences sur les pigeons, les poules et les dindons, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Si, chez les volatiles, on applique les pôles d'un courant induit sur la substance corticale de la partie postérieure des hémisphères cérébraux, on observe ordinairement le resserrement de la pupille dans l'œil opposé à l'hémisphère excité;

2° Cet effet s'obtient mieux encore si on applique les pôles sur l'angle postérieur et interne de l'hémisphère;

3° Plus rarement, au lieu du resserrement, on observe de la dilatation qui semble correspondre à une intensité moindre du courant excitateur;

4° Les effets du courant sur la pupille cessent quand on a fait une section nette entre les hémisphères et les lobes optiques. P. M.

XVIII. Tabes incipiens; par Erlenmeyer. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 2e fascicule, p. 103-106.)

L'objet de cette brochure consiste surtout dans l'étude des prodromes de la maladie dont le nom ataxie locomotrice induit le médecin parfois en erreur, car bien souvent la maladie est constituée alors que l'ataxie n'a pas encore apparu.

Un catarrhe stomacal, tenace, résistant aux moyens thérapeutiques, sur lequel insiste Erlenmeyer, l'excitabilité vénérienne, avec pollutions plus nombreuses, malgré les abus vénériens, un besoin plus fréquent d'uriner, une facilité plus grande à la fatigue des extrémités inférieures, les caractères de dicrotisme du pouls, des douleurs fulgurantes, sans les points douloureux des névralgies, la douleur constrictive du cou et de la poitrine, des symptômes résultant d'un commencement d'a-



trophie du nerf optique, inégalité pupillaire, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, diplopie, disparition du réflexe du genou avant même l'apparition des douleurs fulgurantes : tels sont les prodromes dignes d'attention pour Erlenmeyer, qui met le dernier prodrome bien au-dessus du phénomène de Romberg (la chute les yeux fermés), signe qui n'apparaît qu'assez tard et existe dans d'autres affections. E. Ch.

XIX. Etude sur les hémorrhagies primitives, immédiates ou directes des ventricules cérébraux (2e partie Symptomatologie [1]) ; par Edward Sanders. (*The American Journal of the medical Sciences*, juillet 1881.)

Après avoir indiqué dans un précédent mémoire l'existence, l'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic et le pronostic de ces hémorrhagies, l'auteur se propose actuellement d'étudier leur symptomatologie. Il divise les symptômes en deux catégories : 1° les symptômes prémonitoires; 2° les symptômes de l'hémorrhagie.

A. *Symptômes prémonitoires.* — Ils n'ont rien de caractéristique et sont entièrement analogues à ceux de l'hémorrhagie cérébrale ordinaire, dont il est impossible de les distinguer.

B. *Symptômes de l'hémorrhagie.* — En ce qui concerne le début, la ressemblance avec l'hémorrhagie cérébrale ordinaire est, ici encore, complète. En effet, on peut observer dès le début : 1° la mort rapide; 2° les convulsions; 3° la paralysie sans perte de connaissance; 4° la paralysie avec perte de connaissance (mode fréquent); 5° la perte de connaissance partielle ou totale sans paralysie. — L'auteur constate qu'il lui a été à peu près impossible d'établir une relation exacte entre le mode de début d'une part, et d'autre part le siège ou l'importance de l'hémorrhagie; cette relation existe, en revanche, entre le mode de début et la rapidité plus ou moins grande de l'issue fatale.

Avant d'aborder l'étude des symptômes, M. Sanders croit devoir rappeler qu'aucun d'eux n'est pathognomonique : puis il passe en revue les divers groupes symptomatologiques.

1° *Troubles intellectuels.* — Fréquents et pouvant varier depuis la confusion des idées et la somnolence jusqu'au délire, à la stupeur, au collapsus, à la perte de toute conscience.

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*; n° 7, p. 100.

[illegible] — [illegible] convulsions, paralysies, [illegible] est étudié dans son époque d'ap-[illegible] plus ou moins persistante, sa va-[illegible]

[illegible] *sensibilité*. — Il peut y avoir intégrité des [illegible] dernière est plus ou moins ac-[illegible], et quelquefois variable chez le [illegible] — [illegible] réflexes sont presque toujours con-[illegible] affaiblies. — Les étourdissements [illegible] même où l'hémorrhagie va se pro-[illegible] soudains. — La céphalalgie est [illegible]

[illegible] *spéciale*. — Ouïe : on a constaté [illegible] bourdonnements d'oreille. Vue : l'état [illegible] elles sont tantôt dilatées, tantôt [illegible] deuxième cas l'une est dilatée, l'au-[illegible] y a contraction égale ou dilatation [illegible] que, dans les ventricules, le sang [illegible] manière à provoquer une irrita-[illegible] sur les deux côtés du cerveau. — [illegible] premier cas et passager. — Dans [illegible] la tête, mais sans déviation des yeux. — [illegible] langage est partielle ou complète: [illegible] impossibilité d'articuler nettement jusqu'à [illegible]

[illegible] *digestif*. — La présence de l'écume [illegible] : la déviation de la bouche a [illegible] six cas seulement. — La déviation de la [illegible] — La difficulté ou l'impossibilité de la dé-[illegible] également rare quatrième cas et passagère. — [illegible] et peu accusé. — Nausées et vomisse-[illegible] dans douze cas. — La constipation est la [illegible] souvent opiniâtre.

6° *[illegible]* — Le pouls ne saurait être consi-[illegible] [illegible]stique ; mais on peut constater qu'il est [illegible] plein et dur au début : plus tard, l'épuise-[illegible] et il devient rapide et faible ; dans quelques cas rares, il demeure normal.

7° *Troubles de la respiration*. — La respiration stertoreuse est fréquente et précoce.

8° *Température*. — Le frisson, la sensation du froid sont des

phénomènes peu communs. — La température a été notée dans trop peu de cas pour que l'on puisse utiliser ces données incomplètes.

9° *Troubles des fonctions urinaires.* — Ils sont sans importance.

10° *Symptômes superficiels.* — Expression de la physionomie : elle revêt le caractère de l'apathie (dans les cas rares où elle a été notée). — Etat de la peau : la pâleur de la face est d'un pronostic grave. — Presque aussi souvent on trouve le visage congestionné. — Dans un cas, on a observé la tache cérébrale.

11° *Amélioration apparente.* — Elle a été observée dans dix cas ; elle est probablement due à l'arrêt de l'hémorrhagie et à la tolérance du cerveau à l'égard de la compression qu'il subit, tolérance qui permet un fonctionnement plus ou moins complet ; puis, une nouvelle hémorrhagie survient, et l'amélioration disparaît. Dans les dix cas observés, l'amélioration a été purement transitoire et bientôt suivie de l'aggravation des symptômes et de la mort, sans rémission nouvelle.

R. DE M. C.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

IX. AVIS RELATIFS A L'ALIÉNATION, A L'USAGE DES GENS DU MONDE ; par KOCH, médecin directeur de l'asile royal de Zwiefalten (Wurtemberg). (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année **1880**, **4**e fascicule, p. 21-82.)

Soixante pages consacrées à ces avis et l'œuvre n'est pas terminée. C'est une lecture utile pour le médecin praticien bien plus que pour les gens du monde, malgré son titre ; doit être lu en entier, mais ne peut être résumé ; l'auteur examine successivement les questions suivantes :

Quelle idée doit-on se former des aliénés ? — A quoi peut-on reconnaître l'existence d'une maladie mentale ? — Situations

ochent des maladies mentales; comment faut-il ? — Quelles sont les causes de la folie ? — Comse conduire vis-à-vis des aliénés ? — Par quelles s doit-on se laisser conduire quand il s'agit de la un aliéné dans un établissement? E. Ch.

X ITURE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par Schüle. *e Zeitschrift für Psycyiatrie*; *Bulletin de la So- 'ecine mentale de Belgique*, année 1880. 3e fascicule,

:riture est d tique », c'est-à-dire émaillée de fautes de 'sions, ou d'ellipses ; puis « ataxique », c'est-à la forme des lettres. Les fautes grammaticales se rencor tout à fait dès le début. Erlenmeyer pense que les les dysgrammatiques de l'écriture doivent être rattaché quement aux altérations corticales organiques, à l'exclusion des troubles circulatoires qui peuvent survenir. E. Ch.

XI. Contribution a l'étude des conceptions irrésistibles; par L. Wille (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 1.)

Ce mémoire admet en premier lieu l'identité des conceptions irrésistibles et de l'entité décrite sous le nom de: *Grübelsucht* (manie des subtilités), folie du doute avec délire du toucher, pseudomonomanie, délire partiel, folie avec conscience, délire émotif, folie lucide, expressions auxquelles sont attachés les noms de Griesinger, Westphal et des aliénistes français que chacun connaît. Les seize observations nouvelles que l'auteur apporte à l'appui ont en effet trait à la production subite de pensées accablantes pour le patient, sous forme de crises; elles s'imposent à ce dernier malgré ses efforts, malgré la conscience qu'il a de la non réalité de leur teneur, et entraînent une angoisse pénible qui finit par devenir le facteur presque unique de la perturbation intellectuelle. Tel s'imagine, par exemple, qu'il ne peut plus être heureux, qu'il est maudit, qu'il est souillé, qu'il va mourir bientôt. — Après en avoir rapproché les descriptions de Legrand du Saulle, M. Wille fait remarquer que le délire du toucher n'est que l'extension de cette anxiété. Mais il croit que la distinction établie par Westphal entre la

conception irrésistible (persistance de la conscience) et la conception délirante (aberration totale), est trop absolue; car il est des cas de folie systématique aiguë primaire dans lesquels l'aliéné comprend l'absurdité de son délire, tandis qu'il n'est pas rare d'observer des conceptions irrésistibles au rang de symptômes dans les folies aiguës et chroniques. A l'encontre de Westphal, il pense que la conception irrésistible peut dériver d'une émotion ou d'afflictions morales chroniques (misère, soucis, chagrins). Il adopte en revanche la théorie du professeur de Berlin, aux termes de laquelle l'intensité excessive du processus conceptuel morbide arrête l'ébranlement idéogénique du reste du cerveau, et ferme la connaissance aux autres pensées: de là l'angoisse. Mais il s'inscrit contre l'allégation que le sujet des conceptions irrésistibles est toujours absurde ou en contradiction avec des conceptions antérieures. Il y aurait lieu, suivant lui, de distinguer deux sortes de fonds sur lesquels roulent ces conceptions : l'un absurde, à contre sens, tout à fait insensé ; l'autre naturel, intelligible, simplement faux. Au point de vue clinique, il admet trois formes, selon que les conceptions irrésistibles se bornent au rôle passif, théorique, qu'elles sont suivies d'actes, ou qu'elles entraînent des impulsions irrésistibles, — se rangeant à l'avis que quand la psychose a duré un certain temps, les actions succèdent généralement aux conceptions, mais pas régulièrement à chacune d'elles (périodes dans lesquelles le malade peut résister). Le mécanisme ordinaire serait le suivant : le progrès dans l'intensité et la durée des conceptions irrésistibles, en exagérant l'arrêt de l'ensemble du travail cérébral, augmente à ce point les tensions centrales qu'il s'en fait une irradiation sur d'autres centres; l'angoisse se complique alors de décharges motrices commençant aux actes et aboutissant au délire, aux convulsions, suivant la résistance apportée *intus et extra* aux manifestations agies. Il faut en exclure les cas relevant d'une simple prédisposition individuelle en vertu de laquelle, comme à l'état normal, toute pensée donne rapidement naissance au fait (indépendance des conceptions et des actes). Quant à l'impulsibilité immédiate, qui, spontanément, sans cause, se manifeste dès le début de la conception, elle constitue un degré de développement plus grave et plus accentué, parce que l'excitation précède la conception, le malade obéissant au sujet de ses conceptions, bien qu'il le sente en contradiction avec ses conditions objectives:

ici, la personnalité disparaît devant la folie systématique. Cette impulsibilité apparaît en effet chez des individus présentant une disposition originelle à de telles irritations qui glissent sur le terrain des crises vaso-motrices spontanées et réflexes. Mais, en somme, les trois groupes représentent trois étapes dans l'évolution d'un seul et unique processus dont chaque phase nouvelle appelle, par sa répétition, par l'habitude du même mécanisme psychopathique, la soudaineté dans la production et l'enchainement des réactions, depuis la conception irrésistible jusqu'à l'acte irrésistible et à l'impulsion spontanée. Un pas encore, et la conception délirante émerge, c'est-à-dire la folie proprement dite avec ses états émotifs, ses altérations morales profondes (Legrand du Saulle et Wille) ; ainsi en est-il de la mysophobie de Hammond avec ses trois stades[1] à laquelle l'auteur ajoute deux observations. — Voici, à cet égard, ce que M. Wille aurait le plus souvent noté. L'intensité des angoisses consécutives aux troubles de la conception augmente de plus en plus ; bientôt elles deviennent spontanées sans conception irrésistible préalable, pour se prolonger entre les accès et prédominer: l'arrêt psychique qui leur est lié finit par oblitérer la connaissance et déterminer graduellement de la lypémanie (délire d'autoaccusation, plaintes, etc.). Le tableau clinique doit être complété par les symptômes nerveux ou somatiques de l'anémie (stéatose ou émaciation); des sensations anormales ou désagréables à l'épigastre, dans les régions céphaliques, articulaires, musculaires ; des excitations sexuelles en présence ou en l'absence de causes (spermatorrhées spontanées nocturnes et même diurnes); de la constipation ; des troubles de l'appareil digestif, de l'insomnie, de la dyspnée. L'étude des malades (sept hommes et neuf femmes) enseigne que ce genre d'affection évolue sur les constitutions neuro-psychopathiques, suivant de préférence l'hérédité (dix faits). La marche de la maladie est paroxystique (intermittences et rémissions) ; on peut la faire remonter à l'enfance (habitudes déjà méticuleuses de propreté, rangement, nettoyage), et la voir cesser brusquement (guérison ou intermission très prolongée?). Le deuxième stade (actes irrésistibles) exige une surveillance attentive ; à fortiori le troisième et la folie confirmée: celle-ci n'aboutit jamais à la démence. La conscience, qui ne cesse jamais d'abandonner

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. II, p. 266.

le malade, assure aux conceptions irrésistibles, y compris les sensations, perceptions, actes et impulsions de même source, une place à part dans la nosographie sous le titre de *folie avec conscience*; à ce point de vue la folie systématique et la mélancolie terminales seraient plutôt de nouvelles maladies prenant la place de la première qu'un degré plus avancé de l'entité psychique en question. Traitement général tonique et reconstituant. L'excitation des crises réclame l'administration du bromure de potassium, exceptionnellement des narcotiques. P. K.

XII. Sur les invalides psychopathiques de la guerre de 1870-71; par Schwaab (6e Congrès des aliénistes et neurologistes de l'Allemagne du sud-ouest). Quelques remarques sur les invalides psychopathiques de la guerre de 1870-71 ; par Carl Frœhlich. — (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 1, 2.)

Schwaab apporte une observation. L'homme qu'elle concerne, absolument bien portant jusqu'en 1870, indemne de toute diathèse ou d'élément héréditaire, supporte admirablement les fatigues de la campagne, y compris le service du siège de Paris; ce n'est qu'à son retour (septembre 1871) que soudain, sans prodromes, la face, le front, la tête, les oreilles deviennent le siège d'une éruption purulente et accompagnée d'une énorme tuméfaction laissant, après une durée de quelques semaines, des ulcérations, puis des cicatrices irrégulières varioliformes (calvitie commençante); en même temps, chaleur et douleurs lancinantes très violentes dans la tête. Seconde poussée aussi subite et sans plus de raisons pendant l'automne de 1872-73. Des accès de céphalalgie fronto-bregmatique n'ont cessé de visiter le patient durant l'intervalle. Parallèlement et dès l'apparition de l'exanthème, l'humeur s'assombrit ; aux idées mélancoliques se joignent de l'excitabi'ité, de la confusion et de l'obtusion mentales, de la dipsomanie, des goûts d'aventures, si bien que, le 11 mai 1879, on trouve le malade en plein champ auprès d'Auerbach nu, mourant de froid et de faim, totalement amnésique. Mégalomanie pendant deux mois ; puis manifestations de la démence compliquées d'incertitude de la parole, de tremblement fibrillaire de la langue, de parésie faciale faisant bientôt place au rétablissement physique et psychique. Rechute pendant l'été de 1880. Cette fois à la lypémanie s'ajoutent des crises à congestion céphalique : hyperthermie, excitation motrice, démence, malpropreté, agitation, insomnie, paralysie de

es mouvements volontaires. Une attaque apoplec-
convulsions de l'épaule et du bras gauche, (janvier
uvelle le 13 avril et enlève le malade dans le coma.
'autopsie le cerveau entièrement enveloppé d'une
rane d'un jaune terne, constituée par un exsu-
organisé en couches mesurant par place plusieurs
res, qui présente plusieurs points adhérents, notamment
té postérieure des première et deuxième frontales.
ib en conclut que les fatigues de la guerre ont
cause ....nlement du système nerveux tel que progressive-
it s'est développée cette affection cérébrale. La manifesta-
.... d'un exanth... la suite d'une campagne
et sa relation ch... à longue échéance, avec
une psychose sont, ...jà constatés aux dernières
années à propos des affections r...matoïdes; les uns et les
autres témoignent du désordre causé dans l'économie par le
surmenage militaire. — M. Frœhlich critique au fond cette manière de voir. Il admet un rapport étiologique évident entre l'exanthème et la psychose, à l'exemple de Kræpelin[1], mais c'est précisément l'affection cutanée qui n'aurait rien à voir avec la campagne; outre qu'on ignore quel était l'état des soldats et des populations avec lesquels le malade venait d'être en contact, l'incubation lui semble bien longue (rentrée des troupes à Berlin le 6 juin) pour qu'on soit en droit de relier l'éruption à l'époque de la guerre. P. K.

XIII. Les maladies de la connaissance; par J. Weiss, de Vienne, (*Allg. Zeitsch. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medicin*, XXXVIII, 1)

En présence de l'incertitude nuageuse des définitions sur la connaissance au regard du fait clinique précis que traduit l'expression *perdre connaissance*, l'auteur se demande quel est le processus physiologique en rapport avec la conscience. Un acte cérébral complet se composant de deux éléments, l'un centripète qui est la sensation, l'autre centrifuge, qui, par le mouvement, en constitue la réponse, la connaissance n'est ni un phénomène autonome du mécanisme cérébral, ni une fonction d'un ordre élevé, ni une propriété fondamentale des processus psychiques, puisque les actions les plus promptes, les plus sûrement exécutées sont celles immédiatement réfléchies par l'axe centrifuge. Or, dues à la faiblesse de l'incitation (Fechner) ou à la

répétition fréquente des mêmes processus, elles mettent en jeu les voies d'aller et de retour sans intéresser l'ensemble de la masse nerveuse; tel l'automatisme de l'habitude. De sorte que la connaissance résulte de la participation plus ou moins complète des mille foyers d'élaboration du cerveau à l'évolution du processus sensitivo-moteur; aussi le caractère de l'acte inconscient est-il d'échapper à la mémoire. Voilà pour la physiologie.

La pathologie de la connaissance est précisément basée sur l'observation d'actes accomplis indépendamment de tout motif. Nous pensons alors que des incitations ont pu se réfléchir sous la forme motrice sans qu'elles soient entrées en rapport avec l'ensemble fonctionnel du cerveau. Le type de l'affection à perte de connaissance est l'*épilepsie*; qu'il s'agisse de l'accès complet, du petit mal ou des troubles mentaux, l'amnésie absolue des patients témoigne de leur inconscience. Par quel mécanisme celle-ci se produit-elle? Comme, à raison de l'intensité des réactions, il n'est guère permis de se rallier à la faiblesse de l'incitation, M. Weiss pense qu'en ce cas c'est la suracuïté de l'excitation qui, dépassant la limite maxima, franchit brusquement le foyer de réflexion centrifuge sans rayonner sur les départements voisins; exemples : l'insensibilité des soldats pendant la bataille, l'amnésie qui succède aux émotions violentes et subites. De là la brusquerie d'explosion et de cessation du complexus symptomatique et la monotonie stéréotypée des accidents chez le même malade, toujours aussi incapable de se souvenir et d'analyser les périodes de l'évolution de sa crise, de les reproduire mentalement. P. K.

XIV. Sur l'action de l'hyoscyamine et sa valeur thérapeutique dans les maladies mentales; par G. Riva. (*Rivista di Freniatria*, 1881, fasc. 1 et 3.)

Voici les conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs de ce mémoire :

L'hyoscyamine possède indubitablement des propriétés sédatives et hypnotiques, mais celles-ci ne méritent pas de la faire préférer à d'autres substances d'action analogue, si l'on considère les accidents qui peuvent résulter de l'usage prolongé de l'hyoscyamine (perte de l'appétit, sécheresse de la bouche, gêne de la déglutition; dans un cas hoquet rebelle ne cessant qu'après la suppression du médicament; — mydriase persistant un ou deux jours après l'injection d'hyoscyamine).

Au point de vue de l'action physiologique, les auteurs ont observé la fréquence plus grande du pouls, l'augmentation d'énergie des battements cardiaques, une légère augmentation de température, l'accélération des mouvements respiratoires.

De toutes les formes de maladies mentales, c'est dans la manie récurrente que l'hyoscyamine peut offrir le plus d'avantages; lorsqu'elle est donnée assez à temps, elle peut sinon empêcher le retour des accès, du moins les atténuer beaucoup.

L'hyoscyamine diminue quelquefois l'intensité des accès d'épilepsie et en retarde l'apparition.

On peut l'employer chez tous les malades à qui on ne peut administrer le chloral ni par la bouche, ni par le rectum, ou lorsqu'on veut calmer rapidement les malades trop agités.

Ils administrent l'hyoscyamine en injections sous-cutanées à la dose de 5 milligrammes à 1 centigramme par jour, en une ou deux injections, dans deux cas de manie chronique, ils sont allés jusqu'à 3 centigrammes par jour en trois injections. Ils recommandent de tâter au début la susceptibilité du malade. Ils ont surtout fait usage d'hyoscyamine amorphe qu'ils ont trouvée plus active et beaucoup moins chère que l'hyoscyamine cristallisée. P. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 24 avril 1882[1]. — PRÉSIDENCE de M. DALLY.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Dagron, aux obsèques duquel la Société a été représentée par M. Motet.

[1] Un accident de mise en pages a reculé la publication de cette séance qui devait paraître dans le dernier numéro des *Archives de Neurologie* (juillet 1882), entre la séance de mars et celle du mois de mai. (N. D. R.)

Souscription pour un buste du Dr Marchant. — La Société décide qu'une souscription sera ouverte parmi les membres et parmi les médecins d'asile pour élever à Toulouse un buste du Dr Marchant, tué par un de ses malades.

Prix Esquirol. — M. Paul GARNIER, au nom d'une Commission composée de MM. Baillarger, Mitivié, Lunier et Blanche, lit un rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Esquirol. Le rapporteur conclut à récompenser le mémoire portant pour épigraphe : « *Ce qui est vrai certaines fois le sera toujours dans des circonstances semblables.* » (Stuart Mill).

M. LE PRÉSIDENT procède à l'ouverture du pli cacheté contenant le nom de l'auteur et proclame, comme lauréat du prix Esquirol, M. Paul Gérente, interne à Sainte-Anne dans le service de M. Magnan.

Prix Aubanel. — M. CHARPENTIER, au nom d'une Commission composée de MM. Dagonet, Falret, Legrand du Saulle et Mesnet, lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Aubanel que se disputaient sept concurrents, MM. Azam, professeur à Bordeaux, Verkamf, Debacker, Régis, Bergeron, professeur à Lille, Marcel Briand et un autre candidat dont le nom était sous pli cacheté.

La Société décide qu'une récompense de 600 francs sera accordée à MM. Azam pour un mémoire sur les *Troubles intellectuels consécutifs aux traumatismes du crâne;* Briand pour une *Etude des altérations du sang dans le Délire aigu;* Régis pour un travail sur l'*Etiologie de quelques formes de la Paralysie générale.*

M. LASÈGUE demande qu'il soit attribué 1,000 francs, au lieu de 600 francs, à chacun des auteurs récompensés. « Si j'insiste, dit-il, c'est à cause du nombre des concurrents, de l'importance de leurs travaux et pour ne pas décourager les candidats qui se présenteront dans deux ans pour le prix Aubanel. »

M. LEGRAND DU SAULLE pense qu'il vaut mieux conserver la somme dont M. Lasègue voudrait disposer dès maintenant pour donner un autre prix l'année prochaine.

M. LASÈGUE, qui se défend d'avoir voulu attaquer les décisions de la Commission, retire sa proposition après une courte discussion.

Eloge de Marcé. — M. RITTI, prenant ensuite la parole, prononce en termes élevés un remarquable éloge de Marcé. M. B.

Séance du 26 juin 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DALLY.

M. MOTET fait part à la Société des renseignements qu'il vient de recevoir sur l'agression dont a été victime le Dr Orange, médecin de l'asile de Broadmoor : « Ce confrère avait fait appeler dans

son cabinet un de ses malades, qui lui lança en arrivant une énorme pierre dont il s'était muni. Le projectile atteignit M. Orange à la tempe et lui fit une blessure assez sérieuse.

M. Voisin, à propos de cet accident, énumère les noms des surveillantes et des gardiennes de son service qui ont éte maltraitées par des aliénées : c'est un hommage rendu aux surveillantes laïques.

Suite de la discussion sur les aliénés criminels. — M. Ritti donne lecture d'une communication de M. Brunet, qui a eu autrefois dans son service, à Evreux, un certain nombre de criminels devenus aliénés après leur condamnation, et, arrivant de Gaillon, où ils avaient été séquestrés pendant la durée de leur peine. Ces condamnés sont une cause de graves désordres dans les services; ils se font surtout remarquer par des réclamations incessantes, leur insubordination habituelle, leurs dénonciations calomnieuses contre tout le monde, enfin par les menaces d'incendie et de meurtre qu'ils profèrent à chaque instant, et parfois même par les actes de violences auxquels ils se livrent. Leurs instincts pervers, loin d'être atténués par la folie, comme l'a dit M. Christian, sont au contraire exaltés. Il en résulte que ces aliénés criminels, qui demandent une grande surveillance, constituent un élément de désordre au milieu des autres malades, et qu'on est obligé de les placer tous dans des sections d'agités qu'ils encombrent. La construction d'un asile spécial serait un bienfait pour ces individus. On pourrait y mettre aussi certains aliénés *évadeurs*, dont la surveillance est difficile. Un nouveau quartier annexé aux principaux asiles ne remplirait pas le même but.

M. Christian se défend d'avoir émis l'opinion que les instincts pervers, qui ont rendu les individus criminels, étaient le plus souvent modifiés par la folie : il n'a jamais été si affirmatif dans son dire. La communication de M. Brunet, ajoute-t-il, me fournit un excellent argument contre la création d'un asile spécial puisque jusqu'à ce jour, sans qu'il ait été nécessaire de rien changer au mode d'internement, les prisonniers aliénés de Gaillon ont été envoyés à Evreux, où on les a placés dans la section des agités. Ces malades peuvent donc continuer à être traités dans les asiles ordinaires.

M. Motet insiste, de nouveau, sur la nécessité de construire en France un établissement analogue à ceux qui existent déjà en Angleterre, pour soigner les malades dont l'état d'aliénation dure encore après l'expiration de la peine, et qu'on ne peut considérer comme des malades ordinaires.

M. Lasègue demande que la discussion soit mise à l'ordre du jour d'une des plus prochaines séances, pour qu'elle puisse servir à éclairer l'opinion des membres de la Commission extra-parlementaire qui étudie en ce moment la législation des aliénés. —

MM. Lasègue, Dagonet, Legrand du Saulle, Falret sont chargés d'élaborer cette question et de formuler ensuite des conclusions que discutera la Société.

Prix Aubanel et *prix Belhomme*. — MM. Lasègue, Dagonet, Legrand du Saulle, Motet et Christian sont nommés membres de la Commission qui proposera les questions que les candidats devront traiter pour le prix Aubanel et le prix Belhomme.

Suite de la discussion sur le divorce pour cause d'aliénation mentale. — M. Voisin s'étonne que la Société médico-psychologique n'ait pas été consultée par la Commission parlementaire chargée d'examiner la nouvelle proposition de loi sur le divorce. Il regrette que les deux collègues qui ont été appelés à donner leur avis n'aient point obtenu qu'elle fût entendue par cette Commission. M. Voisin pense, qu'en principe, le divorce ne devrait pas être accordé pour cause d'aliénation mentale, quelle que soit la durée de la maladie. Il ne fait exception que pour les cas où, par supercherie, l'un des conjoints atteint d'épilepsie, de folie intermittente, de dipsomanie, ou d'imbécillité, n'aura pas averti l'autre conjoint. Le divorce pourrait encore être accordé si l'un des époux prouve par une enquête que l'autre époux est un de ces ivrognes chez qui les excès alcooliques déterminent la folie.

En tout cas, le divorce, pour l'une de ces causes, ne devrait pas être prononcé sans une enquête et une consultation de cinq médecins, qui ne rédigeraient leur rapport qu'après trois examens au moins de l'aliéné, en mettant quatre mois d'intervalle entre chaque examen. Une semblable Commission ne peut être composée que d'un nombre impair de membres pour qu'une majorité soit toujours certaine : trois médecins n'offriraient pas de garanties d'incorruptibilité suffisantes. Cette dernière proposition soulève des protestations de la part de quelques membres. M. B.

Séance du 17 juillet 1881. — Présidence de M. Dally.

M. Legrand du Saulle annonce qu'une somme de 5,000 fr. vient d'être mise, par le ministère des Beaux-Arts, à la disposition de la Société pour décoration du piédestal de la statue de Pinel. L'architecte a présenté un devis, qui ne dépasse pas cette somme, pour une magnifique ornementation. On y voit en emblème la Science et la Charité.

Suite de la discussion sur les Asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. — M. Falret, rapporteur de la Commission chargée d'étudier cette importante question si souvent mise sur le tapis et si loin encore d'être résolue, avoue son embarras pour formuler des conclusions. La Société, dit-il, compte dans son sein des par-

tisans et des adversaires du système anglais qu'on veut introduire en France, et cependant la Commission n'est composée que de ceux des membres qui déjà ont repoussé la construction de ces asiles. Il nous est donc difficile d'exprimer une opinion qui reflète les sentiments de la Société; nous avons pensé qu'il valait mieux discuter en séance publique chaque point se rattachant à l'organisation de ces établissements, et, pour faciliter votre travail, nous avons formulé sous forme interrogative quatre questions principales sur lesquelles chacun pourra donner son avis. Mais cette étude devrait, il me semble, être précédée d'une question préalable : Y a-t-il lieu, oui ou non, de créer des asiles pour les aliénés criminels?

M. MOTET estime qu'il conviendrait tout d'abord d'examiner les types d'aliénés auxquels sont destinés ces asiles. Existe-t-il des individus ayant commis un crime dont ils sont irresponsables, et susceptibles d'en commettre un second, quand ils sont en liberté? Ces gens forment-ils une catégorie spéciale d'aliénés? Si cette catégorie existe, faut-il un asile spécial pour les recevoir? Tels sont les points que la discussion éclairera de suite.

M. FALRET. Supposons, si vous le voulez, acquise à la discussion, la nécessité de créer des asiles d'État, il faut alors étudier les mesures législatives particulières s'appliquant à ces nouveaux établissements, et la Commission vous propose de résoudre les questions suivantes qui faciliteront votre travail.

Première question. — A quelle catégorie d'aliénés cet asile serait-il applicable? 1° Aux condamnés seulement? 2° Aux aliénés homicides seulement, ou bien à tous les genres de crimes (vol incendie, outrage aux mœurs)? 3° A tous aliénés ayant passé devant les tribunaux ou à certaines catégories seulement? Avant, pendant ou après le procès? 4° A tous les alienés dangereux venant des autres asiles?

Deuxième question. — Quelles seraient les dispositions spéciales de localités ou de règlements à recommander pour la sécurité intérieure de cet asile spécial?

Troisième question. — Quelles mesures législatives devrait-on proposer pour l'administration, le séjour ou la sortie des malades de cet asile spécial?

Quatrième question. — Quelle serait l'autorité chargée de prononcer sur l'entrée, le séjour ou la sortie de ces malades?

Serait-ce la magistrature, une Commission exclusivement médicale ou une Commission mixte? Comment cette Commission serait-elle composée, et par qui serait-elle nommée?

M. MOTET. Une réponse aux différentes questions soulevées par M. Falret exige une étude approfondie; je ne peux donc la faire en ce moment, je resterai sur le terrain des généralités, me réservant de vous apporter plus tard les faits nouveaux qui pourront se présenter

et affirmer mes convictions déjà anciennes sur ce sujet. Je ne saurais trop le répéter, la sécurité sociale doit passer avant l'intérêt individuel : aliéné ou non, tout criminel doit être placé dans des conditions telles qu'il ne puisse pas recommencer à nuire. L'étude des mesures légales et administratives prises actuellement vis-à-vis des aliénés criminels va nous servir à éclairer la discussion.

J'ai été commis récemment à Bicêtre à l'effet d'examiner un individu, qui, d'un coup de sabre, avait blessé un sergent de ville; et quand je me présentai, le malade guéri allait être remis en liberté par le chef de service qui ignorait l'acte commis par l'aliéné ; il n'y avait ni dossier, ni note du commissaire de police, et l'individu venait de Sainte-Anne où il était arrivé, du reste, sans renseignements commémoratifs, avec un simple certificat médical indiquant son état mental, mais ne faisant nullement mention du crime qu'il avait commis. Son état était si peu douteux qu'il n'y avait même pas eu comparution devant le juge d'instruction, et le chef de service de Bicêtre le rendait à la liberté quand je me suis présenté, parce qu'il était guéri. — Je demande si des commémoratifs de cette importance ne devraient pas toujours être communiqués au médecin chargé du malade? C'est pour éviter que de pareils faits ne se renouvellent que nous demandons que les aliénés criminels soient administrés par des règlements spéciaux[1].

M. LEGRAND DU SAULLE. — Sans qu'il me soit nécessaire d'une loi spéciale, j'ai toujours établi dans mes certificats de la Préfecture de police tous les renseignements détaillés sur les malades que j'ai eu à examiner.

M. MOTET. Des questions financières s'opposent, en province, à ce que toutes les précautions soient prises contre de tels sujets ; ils ne doivent pas rester à la merci du Conseil général ni du Préfet; c'est l'État seul qui doit en prendre la charge. — Je voudrais encore vous montrer les aliénés dans leurs rapports avec la magistrature pour vous prouver la nécessité de réformer la loi qui les régit. Ainsi, par exemple, un homme commet un vol de 25,000 fr. à l'aide d'un chèque falsifié, s'enfuit à Alger avec une maîtresse et se fait arrêter pour une nouvelle escroquerie. Pendant l'instruction, on apprend par hasard qu'il avait été renfermé trois fois à Sainte-Anne ; c'était un persécuté. Lorsque je l'ai interrogé, il me fit des réponses caractéristiques : on cherchait à l'empoisonner, mais des

[1] Il s'agit d'un malade de notre service, atteint d'alcoolisme, et qui ne présente plus aucun trouble intellectuel Il s'est emparé du sabre d'un sergent de ville qui venait pour l'arrêter. — En ce qui concerne l'absence de renseignements de la Préfecture de police, elle est très regrettable. Comme rapporteur du service des aliénés au Conseil général, nous avons demandé que ces renseignements fussent toujours communiqués aux médecins. Nous n'avons rien obtenu jusqu'ici : c'est à ecommencer. B.

gens qui lui voulaient du bien, lui avaient remis les 25,000 fr. pour faire de très importantes recherches en Algérie. MM. Blanche et Lasègue, qui l'ont vu en même temps que moi, l'ont déclaré irresponsable; mais avant qu'on ne connût complètement son histoire, l'individu était passé devant la chambre des mises en accusation qui avait conclu à son envoi en cour d'assises. Comme, avec la législation actuelle, la chambre des mises en accusation ne peut se déjuger, que va-t-on faire? Enverra-t-on en cour d'assises cet homme irresponsable? Vous le voyez, dans certains cas, l'aliéné n'est pas suffisamment protégé par la loi actuelle; il faut la modifier et ce malade pourra alors passer de nouveau devant la chambre des mises en accusation qui, cette fois, rendra une ordonnance de non-lieu.

M. Lunier connaît un idiot qui attend depuis trente-deux ans sa comparution devant la chambre des mises en accusation.

M. Dagonet n'admet pas qu'en aucune circonstance la magistrature ou une Commission judiciaire quelconque puisse décider s'il y a lieu d'envoyer un aliéné dans un asile. C'est au médecin à statuer, que l'aliéné soit criminel ou non. D'ailleurs presque tous les fous sont susceptibles de commettre des crimes ou des délits si les circonstances s'y prêtent; il n'y a donc pas lieu à régir par une nouvelle législation ceux qu'un concours de circonstances aura rendus criminels. Je ne suis pas, en principe, dit-il, absolument hostile à la création d'un asile spécial, mais je juge cette création inutile. En tout cas, je demande que la Commission qui aura à pourvoir d'aliénés ce nouvel asile soit exclusivement composée de médecins. Il peut arriver que pendant un accès délirant consécutif à une fièvre typhoïde ou quelqu'autre maladie aiguë, un malade commette un acte criminel. L'enverrez-vous dans votre asile? — Evidemment non.

M. Delasiauve. Un asile spécial n'aurait sa raison d'être que pour les criminels qui, pendant l'expiration de leur peine, deviennent aliénés; ce sont ceux-là qu'il faut isoler des autres aliénés, qui pourraient se plaindre de la promiscuité. Nous avons déjà Gaillon qui suffit amplement pour eux.

M. Lunier. M. Motet nous a parlé de criminels acquittés comme irresponsables et remis à l'administration, qui peut du jour au lendemain les rendre à la société; il en existe aussi qui n'ont même pas été séquestrés. L'eussent-ils été, leur sortie n'est pas entourée de garanties suffisantes, car tous les médecins n'ont pas la sévérité d'Aubanel et d'Esquirol qui demandaient la séquestration perpétuelle de tout aliéné criminel. La déclaration d'une Commission exclusivement médicale ne suffit pas; je lui préfère l'avis d'une Commission médicale en majorité, mais aussi administrative et judiciaire.

M. Dally fait remarquer à M. Lunier que la question n'est pas là.



M. Lunier insiste pour la création de l'asile spécial, en tirant son principal argument de la promiscuité pénible pour certains malades. Cette promiscuité se fait surtout sentir en province.

M. Dagonet. J'ai dans mon service un paralytique général en démence, condamné à trois mois de prison pour vol d'un chandelier. Croyez-vous que les autres malades aient beaucoup à souffrir de son voisinage? L'enverrez-vous dans un asile spécial?

M. Dally demande à la Société de décider s'il y a lieu de continuer à discuter les mesures administratives et judiciaires qu'il conviendrait d'adopter dans le cas où l'on créerait des établissements particuliers pour les aliénés dits criminels. — La Société répond affirmativement par dix *oui* sur dix-huit votants. La discussion portera sur le questionnaire proposé par M. Falret. M. B.

Séance du 31 *juillet* 1882. — Présidence de M. Dally.

Sur le rapport de M. Christian, la Société décide de proposer pour le concours de l'année prochaine les deux questions suivantes :

Prix Aubanel. — Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire, en l'absence de notions sur les antécédents? Exposer ces caractères.

Prix Belhomme. — Des moyens propres à développer la faculté du langage chez les idiots.

Suite de la discussion sur les Asiles spéciaux pour aliénés criminels. — M. Billod expose les réflexions suivantes que lui ont suggérées les questions posées par M. Falret à la dernière séance. Ce n'est pas suffisant, dit-il, de créer des asiles spéciaux pour les aliénés criminels, il faut encore pouvoir les maintenir dans ces asiles sans illégalité; la nécessité de réformer la loi découle de cette proposition. J'estime en outre que les familles et même certains malades atteints d'un délire partiel, leur laissant assez d'intégrité intellectuelle pour comprendre leur situation, souffrent de la promiscuité fâcheuse dans laquelle vivent les aliénés ordinaires et les criminels. J'ai connu un persécuté qu'on dut changer d'asile à cause du voisinage d'un autre malade enfermé avec lui à la suite d'un crime. Le malheureux menaçait de se suicider. L'Italie a du reste construit trois asiles destinés uniquement à cette catégorie d'individus. Il ne faudrait cependant pas confondre avec eux les malades dangereux qui n'ont commis aucun crime. Leur place me paraît indiquée dans l'établissement ordinaire et non ailleurs. L'asile central de l'État doit être exclusivement réservé aux criminels, qu'ils aient été condamnés ou non. Ce serait un abus que d'y renfermer les voleurs à l'étalage et autres simples délictueux irresponsables par le fait de leur état intellectuel.

passe ensuite en revue les modifications qu'il con-
vienu ... porter à la loi ; on peut les résumer par cette formule : l'autori... iciaire décidera seule de l'admission ou de la sortie des mal... de l'asile central.

M. Dagonet. Nous avons déjà en France l'établissement de Gaillon, qui répond à peu près à l'asile que les Anglais ont créé à Broadmoor; ces deux institutions sont en effet destinées à recevoir des condamnés devenus aliénés, des aliénés non condamnés, mais prévenus de crimes, enfin quelques individus atteints d'aliénation mentale qui n'ont subi ni ne subiront aucune condamnation, mais qui peuvent être considérés comme dangereux. Tous ces aliénés sont soumis à un régime et à des règlements administratifs particuliers. Je ne partage pas l'opinion ... ésirent donner une extension plus grande à une ... n, et je me demande même si la mesure qu'ils p... à garantir la société aussi efficacement qu'ils le supposent. Je suis plus porté à considérer cette modification de la loi comme une chose contraire à l'équité et sans profit pour personne.

Il est un principe à poser tout d'abo d, et dont nous ne devons pas nous écarter, c'est que « l'i ... du ... tteint d'aliénation mentale, qu'il subisse ou non une co... on, est avant tout un malade au même titre que ceux reç... ns les hôpitaux ordinaires et auquel on doit appliquer le... ...meurs moyens de traitement ». L'asile de criminels dans lequel on l'enverrait, pourrait-il, avec ses règlements d'administration et de claustration, offrir des conditions favorables au traitement de l'aliénation mentale ? — C'est au moins fort douteux !

De plus, on se heurterait constamment à des difficultés de pratique, car on n'enverrait dans cet établissement qu'une catégorie de malades dont le choix sera très délicat. Si l'on ne faisait aucune distinction ni classement entre tous les aliénés dits criminels, une institution comme celle de Broadmoor risquerait de contenir une foule d'individus atteints de démence, de paralysie, d'imbécillité, de malheureux tombés dans une sorte d'enfance, gâteux, absolument inoffensifs quoique criminels au point de vue de la loi, et d'autres dont le délire a subi une transformation qui ne peut plus les laisser considérer comme dangereux. Pourquoi enfermer dans une maison soumise à un régime spécial tous ces individus qui ne gênent personne dans nos asiles?

Est-on bien d'accord, d'ailleurs, sur ce que l'on doit entendre sous le nom d'aliénés criminels? Le fait d'avoir commis un acte nuisible fera-t-il considérer le malade comme devant être toujours dangereux? Et d'un autre côté, que d'aliénés n'ont pas commis d'actes regrettables par cela seul que des circonstances indépendantes de de leur volonté les en ont empêchés! N'est-il pas aussi des faibles d'esprit que la surveillance la plus insignifiante suffit à rendre

inoffensifs? Tous ces cas ont besoin d'être examinés, et il appartient seulement à une Commission compétente, c'est-à-dire exclusivement médicale, de prendre les renseignements désirables et de faire la destinction qui deviendra nécessaire si l'on établit des asiles d'État.

Pendant dix-sept ans, il n'a été envoyé à l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin) que dix-sept aliénés hommes et femmes venant de prisons voisines qui peuvent contenir environ deux mille prisonniers : la plupart de ces malades étaient tout à fait inoffensifs.

Il est encore deux points dont on ne saurait méconnaître l'importance. Le premier, c'est qu'il existe des individus profondément pervertis qui côtoient sans cesse la limite entre le crime et la folie et auxquels le régime de la prison semble seul convenir, car leur promiscuité avec les habitants d'un asile quel qu'il soit devient une source de désordre, de danger ou d'antipathie profonde. Le second point, c'est qu'il existe réellement quelques malades que la forme particulière et heureusement exceptionnelle de leur délire rend véritablement dangereux. Un quartier de sûreté semble indiqué pour ces deux catégories d'individus. Ce quartier existe déjà à Bicêtre.

Je pense, en résumé, qu'il n'y a pas lieu de créer un asile spécial d'aliénés criminels, et qu'il serait préférable de se borner à adjoindre à trois ou quatre des plus importants asiles un quartier de sûreté. Ces quartiers pourraient recevoir chacun une douzaine d'aliénés réputés dangereux. Ils auraient l'avantage de ne pas accumuler un trop grand nombre d'individus nuisibles dans un même établissement; ils permettraient d'en suivre plus facilement l'observation et de faire passer le malade dont l'affection aurait subi une transformation du quartier de sûreté dans une autre division; le médecin restant libre sous ce rapport d'agir comme il le jugerait à propos. La seule autorité compétente pour prononcer sur l'entrée comme sur la sortie du malade ne devrait en tout cas être qu'une Commission médicale; un délégué de la magistrature pourrait à la rigueur en faire partie. Une semblable Commission ne devrait être elle-même qu'un délégation d'une Commission supérieure dite *des aliénés*, nommée à l'élection, devant laquelle viendraient se porter toutes les questions ayant trait à l'aliénation mentale, aux malades qui en sont atteints, à l'organisation des asiles et à l'intérêt professionnel.

M. LEGRAND DU SAULLE n'avait pas l'intention d'intervenir; il vient simplement rappeler qu'en 1863, alors qu'il était jeune médecin, il avait adressé au Sénat une pétition pour demander la création d'un asile spécial destiné aux aliénés dits criminels.

Aujourd'hui, ajoute-t-il, que je ne suis plus comme alors « aliéniste en chambre », j'ai une opinion tout opposée. Un jour, alors que je partageais avec M. Falret le service de la Sûreté de Bicêtre, je me pris à penser, qu'après tout, les malheureux enfermés

derrière les grilles n'étaient peut-être pas aussi dangereux qu'on leur en donnait l'air; je me décidai à en laisser sortir un, puis deux, puis trois, etc., et j'ai ainsi peu à peu vidé la Sûreté, au grand étonnement de l'administration. Il n'est jamais arrivé d'accidents. Or, savez-vous par qui j'ai remplacé ces malades? — Par les épileptiques indisciplinables des services voisins. MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN.

Séance du 9 mai 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

Avant de s'occuper de l'ordre du jour, le Président consacre à la mémoire du professeur Waldenburg quelques paroles de regret.

M. WESTPHAL présente un cas de *maladie de Thomsen*. Il s'agit de cette affection consistant en l'apparition d'une raideur avec courbature généralisée en même temps que l'ensemble des muscles striés s'hypertrophient. Dans la discussion que ce fait soulève, M. BERNHARDT appelle l'attention sur l'observation de Peters (*Deutsche militair-ärztliche Zeitschr*, 3, 1879). Il annonce que l'examen microscopique du tissu musculaire enlevé à son malade pendant la vie a pu être pratiqué par MM. Jacusiel et Grawitz, qui n'auraient rien trouvé d'anormal (communication personnelle).

M. MOELI, ayant vu à Rostock le cas de Thomsen, confirme les descriptions ultérieures des autres écrivains quant à l'excitabilité électrique. Le grand droit de l'abdomen notamment devenait le siège, sous l'influence du courant faradique, de contractions qui duraient jusqu'à trente secondes : les mouvements passifs, la simple insufflation à la surface des téguments, le contact superficiel de l'éponge excitaient aussitôt la contractilité musculaire.

M. BINSWANGER présente le *cerveau d'un homme de vingt-cinq ans, dément et épileptique dès l'enfance*, dont le développement somatique n'avait présenté aucune anomalie. Les deux tiers supérieurs des circonvolutions ascendantes ainsi que le pied de la première et de la deuxième frontales dans les deux hémisphères sont transformés en portions dures qui présentent à la surface l'éclat du tendon et l'aspect aplati, tandis que les coupes en démontrent la texture fibreuse caractérisée par des rayures indurées. Au microscope, on

constate une couche de tissu conjonctif dont les fibres résistantes enlacent en un feutrage complexe des cellules de genres les plus divers parmi lesquelles il est permis de reconnaître en toute évidence les éléments parenchymateux, appartenant à l'espèce des petites cellules pyramidales ; en somme, peu de conclusions formelles et nulle autre altération dans le reste de l'organe. Rapprochant ces renseignements des relevés anamnestiques et des résultats de l'examen actuel, on peut formuler le diagnostic suivant : Processus encéphalitique survenu au début de la première enfance ou dans le cours de la vie intra-utérine, ayant atteint symétriquement les circonvolutions ascendantes des deux hémisphères et s'étant terminé par la sclérose des parties en question. Confirmation de l'examen nécroscopique à l'état frais, par M. Birch-Hirschfeld, qui a pratiqué l'autopsie. — La sœur de cet idiot présente depuis l'âge de deux ans une parésie de la jambe gauche, et des accès convulsifs datant de sa onzième année. Elle a actuellement vingt-quatre ans. On relève chez elle de l'hyperexcitabilité réflexe, se manifestant par exemple au moindre bruit imprévu par tous les signes de la crainte, accompagnés de crise convulsive incomplète et de torsion de la tête.

M. Westphal appelle l'attention, au cours du débat, sur les altérations de la pie-mère : elle est modérément injectée et ferme au niveau des circonvolutions lésées. Ce sont bien là les modifications qui ressortissent aux processus inflammatoires et permettent de conclure à leur existence ; opinion à laquelle M. Binswanger se rallie également.

Séance du 13 juin. — Présidence de M. Westphal.

M. Westphal procède à la communication annoncée sur *un cas de sclérose latérale primitive à issue insolite*, avec pièces à l'appui. Il s'agit d'une lésion des cordons latéraux (faisceau latéral dans les pyramides et le cervelet) ayant déterminé le syndrome de la paralysie spinale spasmodique, jusqu'au moment où une complication du côté d'un des hémisphères cérébraux (ramollissement) entraînait des manifestations aiguës. Les cordons postérieurs de la moelle n'avaient participé au processus que d'une façon rudimentaire. La publication de cette communication sera d'ailleurs effectuée *in extenso* [1].

Des demandes de MM. Wernicke et Bernhardt fournissent à l'orateur l'occasion de mettre en relief la disparition des cellules parenchymateuses dans les colonnes de Clarke, et son opinion relative à l'indépendance des lésions des cordons postérieurs et du

[1] On en trouvera le résumé aux Revues analytiques.

ramollissement de la région du corps calleux, au moins dans l'espèce.

M. SENATOR désire qu'on insiste désormais davantage sur les troubles vésicaux, constants en toutes ses observations de paralysie spinale spasmodique.

M. WERNICKE rappelle que de vieux auteurs, Roustan, Durand-Fardel, ont décrit déjà des ramollissements du cerveau sans altérations vasculaires.

M. BINSWANGER, qui a examiné les pièces à l'état frais, a rencontré des cellules granuleuses, mais les vaisseaux étaient intacts. Cette intégrité vasculaire est rare, car bien des cas jadis désignés sous le nom de ramollissement blanc doivent être, en l'absence d'examen microscopique, considérés comme le résultat de phénomènes cadavériques.

M. WESTPHAL pense également que le ramollissement peut être indépendant d'affections vasculaires, les Français l'ayant admis comme tel.

M. REINHARD présente un *cerveau d'idiote*. Une fillette de quatre ans, indemne de prédisposition héréditaire ou autre, convalescente de rougeole, est frappée à ce moment d'apoplexie cérébrale : hémiplégie droite totale, convulsions épileptiformes, aphasie, surdité droite, déchéance intellectuelle. L'électrisation faradique semble déterminer quelque amélioration, mais l'infirmité progresse à nouveau, si bien qu'en somme l'impotence est complète, même pour la station debout ; mobilité des membres supérieurs limitée surtout à droite, phénomènes spasmodiques, rares et peu accusés, atrophie de la moitié gauche de la face, aplatissement du galbe crânien du même côté. On rencontre à l'autopsie une complète adhérence de la dure-mère à la face interne de la calotte crânienne, une atrophie considérable de l'hémisphère gauche, surtout dans les lobes temporaux et occipitaux ; le cervelet du côté droit est également notablement atrophié. A gauche, induration et coloration ambrée de l'extrémité antérieure de la circonvolution de l'hippocampe et d'une grande partie du lobe temporal, moins prononcées dans l'insula ; toute la première circonvolution temporale violette, mollasse, forme une bourse dont la cavité communique avec le ventricule latéral dilaté et n'est, par places, fermée que par la pie-mère ; disparition absolue en cette circonvolution de la substance blanche. Il s'agit par conséquent d'une lésion ayant atteint un cerveau déjà parvenu à son type normal complet. L'asymétrie faciale doit être rapportée à l'ossification prématurée des sutures du côté gauche du sphénoïde (analogue de la sténokrotophie de Virchow). L'aphasie, évidemment due aux lésions de l'insula du côté gauche, rétrocédait plus tard, à raison, soit de l'incomplète altération de la région, soit de la suppléance fonctionnelle de l'organe homonyme

du côté droit. Peut-être la perte de l'oreille droite tient-elle à la lésion du lobe temporal gauche, puisqu'il n'existe ni otite, ni catarrhe de la trompe. Le peu d'atrophie des circonvolutions ascendantes explique l'absence de dégénérescence descendante et de contractures permanentes. Quant à la nature de la lésion, la coloration jaunâtre du lobe temporal démontre qu'il s'était effectué une hémorrhagie.

Au cours de la discussion qui s'engage, discussion à laquelle prennent surtout part MM. Wernicke, Reinhard, W. Sander, M. Wernicke constate l'englobement du lobe occipital dans la zone d'atrophie ; cependant, MM. Reinhard et Sander nient qu'il y ait eu hémiopie. En revanche, l'existence d'une surdité du côté droit, en relation avec une altération du lobe temporal gauche, confirme les toutes récentes recherches de Munk.

Séance du 11 juillet. — Présidence de M. Westphal.

M. Remak *présente un malade atteint d'une affection de la protubérance.* L'homme de quarante-six ans, dont il s'agit, offre une complète paralysie de l'oculo-moteur externe du côté gauche, en même temps que le droit interne du côté opposé est en état de parésie, symptômes dont la réunion, aux termes des décisions antérieures de la Société sur ce sujet (séances des 7 février 1876, et 12 juillet 1880), serait pathognomonique d'une lésion homolatérale du noyau de l'oculo-moteur externe dans le pont de Varole. Nystagmus. M. Remak ajoute que, dans l'espèce, la parésie du muscle droit interne est bien moindre que les troubles de la motilité qui ressortissent à gauche à l'atteinte de l'oculo-moteur externe ; il ne saurait être question non plus d'une paralysie conjuguée et encore bien moins de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Intégrité du facial à gauche ; parésie de sa branche buccale à droite ; paralysie du muscle élévateur du voile du palais du même côté. A part l'exagération du phénomène du genou dans la jambe droite contrastant avec l'absence du phénomène du pied des deux côtés, c'est là tout ce qu'il est permis de constater d'anormal. L'orateur conclut à l'existence d'un foyer de ramollissement (sorte d'ictus initial) dans la moitié de la protubérance, siégeant, vu l'intégrité du facial du même côté, un peu plus haut que dans les observations communiquées jusqu'ici. La syphilis étant possible, le malade sera soumis aux injections hypodermiques de préparations hydrargyriques.

M. Richter (de Dalldorf) fournit la démonstration de sa *méthode de conservation du cerveau par dessiccation.* Après avoir minutieusement dépouillé l'organe de la pie-mère, il le place dans de l'alcool plus ou moins concentré selon l'état du tissu nerveux, changeant

ce liquide pour une même quantité fraîche au bout de vingt-quatre heures. Le cerveau est alors lavé à grande eau de façon à ce qu'il ne conserve qu'une consistance moyenne. Après une série d'immersions semblables en rapport avec l'effet que l'on désire obtenir, on plonge la masse dans du vinaigre de bois brut une ou deux fois par jour pendant deux ou trois semaines, l'abandonnant ainsi imprégné à la température de la chambre. L'acide pyroligneux se substitue graduellement dans l'intimité du parenchyme à l'alcool; dès le second jour, le cerveau commence à brunir et à se dessécher dans les zones les plus extérieures jusqu'à ce que, finalement, il acquière une coloration brun foncé et même noire. L'action se continue d'ailleurs durant quelques semaines sans qu'il faille renouveler le bain; la dureté s'accentue à mesure de l'intensité de la coloration. Ce système est également applicable aux cerveaux qui ont séjourné dans le liquide de Müller, dans les solutions de bichromate, à la condition qu'on les lave auparavant à grande eau.

A ce propos, M. Mendel décrit son procédé. Les cerveaux qu'il enlève subissent un premier séjour de douze jours dans une solution concentrée (1/5) d'acide nitrique et d'eau; ils demeurent ensuite vingt-cinq jours dans une solution semblable étendue (1/10) pour être enfin exposés à l'air sec pendant deux mois. A l'instigation de M. Westphal, M. Mendel convient que cette méthode a été employée et décrite par les Français.

M. von den Steinen fait sa communication inscrite à l'ordre du jour intitulée : *Notes de voyage sur quelques asiles d'aliénés de l'Australie et de l'Asie*. L'orateur ne s'est pas contenté de visiter les asiles qui y existent; pendant son voyage autour du monde, d'un an et demi, il a en outre recueilli des renseignements sur le bilan psychiatrique et psychopathique des pays qu'il a étudiés. — Une première question s'impose : *La civilisation a-t-elle exercé une influence directe sur la genèse des psychoses*? M. V. D. Steinen ne croit pas que les blancs aient apporté aux nègres ou aux hommes de couleur l'aliénation mentale. Il suffit à qui possède les éléments d'investigation scientifiques de chercher résolument pour la constater parmi ces derniers. On entend souvent dire en Amérique que les nègres ne fournissaient pas d'aliénés avant leur émancipation; or, on devrait plutôt penser qu'à cette époque, d'ailleurs barbare, on ne s'est pas soucié de cette affection. Ainsi, à Cuba, où il reste un assez grand nombre de vieux ménages d'esclaves et où les nègres n'ont que très superficielement subi l'impression de la civilisation, on trouve actuellement pas mal d'aliénés parmi eux. En Chine, l'investigation sur ce sujet est aujourd'hui encore peu soignée, car, à Canton un médecin qui voit à la policlinique chaque année six mille malades n'a rien appris sur les aliénés chinois, tandis qu'à Sydney où les fils du Céleste-Empire sont soumis aux mêmes conditions qu'en leur pays (même genre d'existence, difficultés de la

vie identiques), on a trouvé dans les asiles d'aliénés deux fois plus de Chinois que d'Européens. En revanche, l'aliénation semble être aussi la conséquence naturelle des conditions extérieures. En effet, alors que dans l'archipel de Samoa on a peine à rencontrer des déments et des monomaniaques, cette même race polynésienne, dans la Nouvelle-Zélande, où, peu accessible à la civilisation, elle vit en districts séparés, a donné quinze aliénés aux asiles au cours de l'année 1879. Ce nombre prouve incontestablement qu'il y en a eu davantage.

M. von den Steinen a visité les *établissements psychiatriques* de *la Nouvelle-Zélande*, de *la Nouvelle Galles du Sud*, de *Java*, des *Indes*, du *Japon*. Voici sa division. Les uns renferment exclusivement ou en majorité des Européens émigrés ou leurs descendants (asiles australiens). Les autres contiennent surtout des indigènes (asiles asiatiques).

A. Les établissements australiens constituent autant de modifications des asiles de la mère-patrie imposées par les exigences du pays et reflètent admirablement le développement des jeunes États. On y suit, par la statistique, les influences pathogénétiques. Au début, par exemple, prédominent les plus fâcheuses disproportions dans la condition des hommes et des femmes, des gens mariés et des célibataires, dans la répartition des âges, des occupations, tous désavantages qui graduellement finissent par être compensés; l'alcoolisme joue de bonne heure un rôle prépondérant. Les détails d'administration sont passibles des mêmes critiques qu'en Europe. La même incertitude règne sur les particularités étiologiques et nosographiques qui relèvent du climat et du genre de vie. En somme, si renseigné que l'on soit d'avance, on est étonné de la rapidité avec laquelle les rivages des mers du Sud ont vu naître une organisation qui ne diffère en rien de celle de l'Europe, au moins dans ses linéaments généraux; c'est aux médecins anglais qu'il faut en attribuer l'importation. La proportion entre l'ensemble de la population et l'effectif des asiles est la même en Nouvelle-Zélande que sur le continent. Les établissements de Sydney supportent toute comparaison avec les nôtres. Heureux les peuples qui, dénués de traditions historiques, sont libres d'entreprendre constamment sans être obligés de modifier des vieux débris!

A Java, le progrès est patent; on a construit à Buitenzorg, près Batavia, un établissement dont le plan moderne contraste avec les construction primitives et malsaines usitées jusque là.

B. Etablissements pour les indigènes des Indes Britanniques. Le nombre d'aliénés à la charge de l'Etat a considérablement baissé depuis un décret du gouvernement en vertu duquel il n'accepte désormais que les criminels aliénés, les indigents, les psychopathes dangereux ou incurables. Ainsi, pour les six établissements de la

province du Bengale, on notait en 1877 un effectif moyen de 1,416; il descendait en 1879 à 890, soit simplement 0,0137 pour mille de la population totale. La guérison ou l'amélioration porte sur plus de 80 p. 100 de ceux que l'on admet. De tels résultats doivent être attribués, selon les médecins anglais, à la prédominance de psychoses par abus du chanvre indien (manies d'un pronostic favorable). Sur 1,187 malades en traitement, l'étiologie concerne la consommation du chanvre pour 327, les spiritueux pour 40, l'opium pour 10.

Les bâtiments se bornent, en dehors de quelques récents édifices pour bains et latrines, à une série de baraques qui servent de dortoirs et fournissent un abri la nuit, de l'ombre et de la fraîcheur durant quelques heures le jour. La sobriété et le peu de toilette de l'Indien facilitent le fonctionnement administratif et budgétaire. A Bombay, M. V. D. Steinen compta dans une cour destinée aux agités 30 individus vivant et travaillant sans contrainte, absolument nus. Un peu de tabac, quelques douceurs, une séance chorégraphique tous les quinze jours suffisent à leur bonheur. L'asile de Dullunda, près Calcutta, est un modèle de travail; on y tresse, tisse, martelle, pile, moud; quelques bambous et des cordes servent à monter une machine immédiatement utilisée. Aussi, 84 p. 100 des malades sont-ils perpétuellement occupés et chaque travailleur produit-il la valeur de 30 à 36 marks. Quant à tirer un parti scientifique des matériaux d'observation que l'on a chaque jour sous les yeux, cette besogne exigerait, en dehors des connaissances spéciales, des relations intimes avec les aliénés; or, on ne parle pas moins de vingt-trois langues aux Indes et les innombrables castes sociales qu'on y côtoie soulèvent au sein du peuple même des obstacles plus infranchissabes que les différences de nationalités.

Au Japon même, on n'a pu rassembler que bien peu de documents psychiatriques intéressants. Les confrères allemands qui y sont fixés ont une très faible expérience à cet égard; les opinions des uns et des autres sont de plus diamétralement opposées sur les plus simples questions; telles les formes de l'hystérie, de l'épilepsie, la genèse de la manie, du delirium tremens (excès d'eau-de-vie de riz). Kioto possède un établissement de quatre-vingt-un malades construit d'après un plan européen et dirigé par des médecins japonais; on y perçoit ici le charme, la simplicité, la propreté; là, l'incurie et l'infection de la négligence de sorte qu'il semble être un mélange des excellentes intentions européennes et de l'indolence enracinée des Asiatiques.

M. Westphal interroge le voyageur sur l'existence de la paralysie générale dans les pays visités par lui. M. V. D. Steinen répond que cette maladie, peu connue à Java, aurait été observée parmi les nègres.

Séance du 14 novembre. — Présidence de M. Westphal.

M. Remak ramène à la Société le malade présenté par lui dans la séance de juillet dernier. Le traitement mercuriel sous forme de friction a en trois mois déterminé la guérison des accidents oculaires; il ne reste plus que de la parésie dans le domaine du facial, à droite, ainsi que la paralysie de l'élévateur du voile du palais de ce côté. L'exagération du réflexe rotulien a également persisté.

M. Bernhardt ne veut pas laisser passer ce fait sans appeler l'attention sur l'observation tout récemment publiée par Hunnius, et de laquelle il résulte que la paralysie combinée des muscles de l'œil ne signifie pas nécessairement qu'il y ait lésion du noyau de l'oculo-moteur externe; un foyer peut exister dans la protubérance, à cette place, sans que le noyau du nerf en question soit directement atteint.

M. le Secrétaire soumet à l'assemblée une brochure que lui envoie à titre de don M. Hirschfeld, de Dantzig. Elle est intitulée : *Ophélie... à la lumière de la science médicale...*

M. Wesphal présente de nouveau le malade que M. Remak montrait à la séance du 8 mars 188). On en trouve l'observation dans le n° 22 du *Berlin. Klin. Wochenschr*, 1880, sous ce titre : « Un cas d'ataxie locale des extrémités supérieures avec éphidrose unilatérale du même côté ». M. Remak avait diagnostiqué une sclérose d'origine syphilitique (le malade avait eu cette affection jadis), siégeant dans la moitié postérieure droite du renflement cervical de la moelle, plus tard compliquée de dégénérescence secondaire dans les deux cordons postérieurs. Aujourd'hui, on est évidemment en présence d'un tabétique (démarche caractéristique, ataxie, etc.) et en même temps on observe dans la région du nerf cubital gauche l'expansion des troubles de la sensibilité auparavant limités à droite. Inanité du traitement anti-syphilitique.

M. Remak rehausse encore les particularités d'une telle évolution en insistant sur cette ataxie très prononcée du membre supérieur droit, qui persiste plus de cinq ans et se montre en quelque sorte indépendante des autres manifestations.

M. Wernicke présente à la Société une *modification des rhéostats à manivelle coudée ordinaires*. Ce nouvel appareil permet, sans grande perte de temps, quelle. que soit l'installation instrumentale, de passer des unités aux dizaines, voire aux centaines *ad libitum* et *vice versa*. Il comble une lacune qui se faisait du reste principalement sentir pour le traitement des bourdonnements d'oreilles et des névralgies de la cinquième paire. C'est M. W.-A. Hirschmann, de Berlin, qui l'a construit.

M. Westphal communique un cas de *lésion corticale avec hémianopsie*. M. Wernicke fait ressortir la description qu'il a donnée de ces formes morbides et dans son *Traité des maladies du cerveau* et dans le fait présenté par lui à la Société médicale de Berlin ; il s'agissait notamment dans l'espèce d'une lésion de l'écorce avec les troubles caractéristiques de sensibilité et de motilité du côté opposé. Il a, de plus, eu l'occasion tout nouvellement d'observer quelque chose de semblable chez un malade atteint d'un abcès dans le lobe occipital gauche. Cet abcès avait pénétré jusqu'à la substance blanche du lobe pariétal et de la pariétale ascendante du même côté.

M. Westphal insiste sur l'*autopsie* de son malade qui, *pour la première fois*, démontre que les altérations des *régions de l'écorce peuvent entraîner* semblable symptomatologie et particulièrement une *hémianopsie homo-latérale*.

Telle est aussi l'opinion de M. Hirschberg, qui fait remarquer que, dans les cas connus jusqu'à ce jour, on avait toujours trouvé la substance blanche concurremment lésée. — Aux questions que lui adresse M. Sander, M. Westphal répond que l'hémisphère droit était intact, que le malade n'avait eu aucune hallucination de la vue, mais que longtemps avant sa dernière affection il se pourrait qu'il eût été atteint de delirium tremens.

Séance du 12 décembre. — Présidence de M. Westphal.

Avant qu'on ne s'occupe des communications inscrites à l'ordre du jour, M. Bernhardt montre à ses collègues le maniement d'une batterie portative à courants continus, construite par M. Reiniger, d'Erlangen.

M. Richter, de Dalldorf, procède ensuite à sa communication annoncée : *Des caractères propres aux lésions de l'écorce du cerveau.* Le malade, qu'il eut l'occasion de suivre à l'asile de Dalldorf, présenta successivement : en 1878, des douleurs dans le membre inférieur gauche ; au mois d'avril 1881, du myosis du même côté, de la fréquence du pouls contrastant singulièrement avec une faible élévation thermique ; au mois de mai de la même année, des troubles dans l'innervation du facial également à gauche. On notait en juin des convulsions cloniques dans les deux extrémités gauches avec contractions dans le domaine du facial homologue et torsion de la tête à droite, qui cédaient bientôt la place d'abord à de la raideur, enfin à une complète paralysie de la motilité et de la sensibilité de tout ce côté. Intégrité absolue du côté droit. Hyperthermie et fréquence du pouls exagérée. Le patient meurt trois jours et demi après l'attaque. L'autopsie décèle simplement deux zones nettement limitées d'infiltration (syphilitique) siégeant à la

convexité, du côté gauche. L'une d'elles occupe la région supérieure de la scissure parallèle frontale (sulcus prœcentralis) du côté gauche; la seconde se trouve au milieu de la circonvolution de l'ourlet du même côté. Il était indiqué de rechercher avec soin le mode d'entrecroisement des fibres nerveuses; malheureusement la substance blanche du cerveau avait été trop maltraitée par le couteau pour que l'examen pût, dans l'espèce, fournir des résultats.

M. Wernicke fait remarquer l'exsudat gélatineux de la pie-mère. d'ailleurs noté par M. Richter. Celui-ci exclut néanmoins l'idée d'une méningite, à raison de la non-adhérence de cette membrane au cerveau. Or, les manifestations relatées témoignent d'une irritation cérébrale avec laquelle les lésions décrites n'ont rien à voir.

M. Remak rappelle que des phénomènes semblables ont été décrits par Fürstner à la suite de la pachyméningite hémorrhagique. M. Binswanger se range à l'opinion d'une paralysie générale. Il est facile d'expliquer en un cas de démence paralytique les convulsions qui se montrent à la fin de la vie. La méningite chronique accompagne du reste, comme on sait, souvent la paralysie générale.

M. Richter insiste sur l'absence d'inflammation méningée de la base, de tubercules dans la pie-mère, d'hémorrhagies méningées, de pachyméningite. L'entrecroisement des pyramides ne présentait rien d'anormal à la région médullaire ; une recherche plus approfondie ne put toutefois en être faite. L'impression générale que le malade laissa sur son esprit fut celle, non de la paralysie générale, mais d'une tumeur cérébrale. Pour M. Wernicke, la symptomatologie aussi bien que l'anatomie pathologique mettent hors de doute en l'espèce une lésion généralisée.

M. Richter (de Pankow) communique son travail sur la *Production des conceptions délirantes par les rêves.* Il y rapporte l'exemple d'un homme chez lequel, bien qu'il fût intellectuellement bien développé et qu'il jouît de toute sa raison, l'impression d'un songe qu'il fit développa une conception délirante inébranlable. Un tel accident n'avait été jusqu'alors signalé que chez des faibles d'esprit. Ici, au contraire, les facultés intellectuelles étaient et demeurèrent intactes. La publication du fait sera effectuée [1].

M. Gnauck considère cette observation comme un cas de conception irrésistible dont la répétition a fini par greffer à demeure l'état pathologique en question.

Il s'agit, pour M. Westphal d'une folie systématique primitive qui s'est développée sous la forme aiguë en rêve ou pendant l'état de veille (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII. I.) P. K.

[1] On en trouvera l'analyse minutieuse aux Revues analytiques.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE LÉGALE DE VIENNE

Séance du 12 janvier 1881.

Cette séance est tout entière consacrée à la communication du docteur Pohl, sur l'*ensemble des phénomènes qui concourent à l'hallucination* (processi[illegible]on en trouve la substance dans le *Jahrbücher für* [illegible].) Sur la proposition de M. le président Meynert, [illegible] ce mémoire appelle est remise, à cause de l'heure avancee, a [illegible]re jour (séance du 23 février).

Séance du 26 janvier.

M. Hollænder traite de l'*œdème cérébral circonscrit comm*[illegible] *cause de symptômes des lésions en foyer.*

La discussion qui s'engage à son sujet met d'abord en lumière deux observations communiquées par le docteur Drozda. En l'une d'elles, il s'agissait d'un individu apporté sans connaissance à l'hôpital et chez lequel on trouva : myosis pupillaire double complet, hémiplégie droite, hoquet incessant, rétention d'urine, glycosurie. Après trente-six heures de coma, ce malade succombait à l'hépatisation du lobe inférieur gauche, et l'autopsie ne décelait, outre les lésions pulmonaires, qu'une transsudation séreuse avec atrophie du cerveau. Les renseignements recueillis ultérieurement démontrèrent que le patient était épileptique. Le second fait concerne une hémiplégie droite, survenue soudain, avec perte de connaissance; mort en six heures ; simple atrophie cérébrale à l'autopsie.

M. Meynert insiste à ce propos sur les signes cadavériques permettant de conclure à l'épilepsie. Qu'une hyperémie insolite du cerveau, telle qu'en peut produire l'ectasie vasoparalytique consécutive au spasme des vaisseaux cérébraux, s'accompagne d'une atrophie de la corne d'Ammon, et l'observateur est en droit de

[1] Le *Jahrbücher für Psychiatrie* (de Vienne) est un journal publié par la Société dont il est l'organe. Aussi, tous les travaux dont on ne trouvera pas l'analyse à l'article *Société*, parce qu'ils sont imprimés *in extenso* dans le corps de ce recueil, seront-ils l'objet de notre attention dans les Revues analytiques.

conclure à la mort du sujet pendant un accès d'épilepsie. Mais l'on peut également rencontrer l'inverse, c'est-à-dire une anémie considérable, parce qu'il est rare qu'un épileptique possède une irrigation cérébrale moyenne; les oscillations extrêmes dans l'afflux sanguin encéphalique sont l'apanage de ces névropathes M. Meynert rapporte aussi un cas d'œdème vrai d'un pédoncule cérébral dans lequel les symptômes notés trois jours avant la mort (paralysie de l'oculo-moteur, paralysie opposée du facial et des extrémités) permirent de diagnostiquer le lieu de la lésion; ce qui n'implique pas d'ailleurs le diagnostic de l'œdème, personne n'étant en mesure d'affirmer qu'il n'y a pas un rapport nécessaire, impérieux, entre la transsudation et l'inflammation. Quand, par exemple, le cerveau d'un paralytique général nous présente à côté de l'encéphalite chronique (adhérence des méninges à l'écorce) des foyers aigus, il s'agit d'un seul et même processus se montrant à divers stades, et, bien que la périphérie des régions ramollies n'ait pas toujours complètement perdu sa coloration de par l'œdème, on ne saurait exclure la parenté de l'œdème et de l'inflammation. Le diagnostic différentiel de semblables états repose : anatomiquement, sur l'adhérence des méninges à la base; cliniquement, sur la promptitude avec laquelle apparaissent les phénomènes paralytiques et l'évolution brève qu'ils affectent, tous caractères qui éliminent l'hypothèse d'une tumeur.

M. Meynert présente en outre à la Société le *cerveau d'un typhique* ayant été en proie, dans les derniers jours qui précédèrent sa mort, à plusieurs attaques apoplectiformes. La partie antérieure des hémisphères est revêtue d'une sorte d'enveloppe gélatiniforme remplie de coagula sanguins. Cette pseudo-membrane repose non sur la dure-mère mais sur l'arachnoïde. Il ne s'agit pas là, du reste, d'une pachyméningite, c'est-à-dire d'un processus inflammatoire, mais d'une de ces hémorrhagies marastiques attribuées à l'anémie et à la friabilité vasculaire.

M. le Président clôt la séance en communiquant à l'assemblée la lettre de retraite du Dr Kapsamer et en consacrant à la mémoire du Dr Ludwig Schlesinger quelques paroles d'adieu.

Séance du 23 février. — Présidence de M. Meynert.

Sur la proposition du Président, l'assemblée décide de transférer la bibliothèque de la Société dans la salle de cours de la clinique psychiâtrique de l'hôpital général, de la rendre accessible aux membres de la Société pendant les heures de jour, enfin de permettre le prêt de livres à domicile. Les fonctions de bibliothécaire sont confiées au Dr Grünberg (interne).

M. Fritsch se déclare prêt à collaborer au *Jahrbücher* (annales) de la Société : acquiescement de l'assemblée.

M. Pohl est choisi comme membre du conseil d'administration en remplacement du Dr Effenberger, l'élection du vice-président étant ajournée à la réunion générale.

Le reste de la séance est consacré à la discussion sur le travail de M. Pohl, lu à la séance du 12 janvier.

Séance du 27 avril.

M. Hollænder fait sa communication annoncée *sur la stupeur*, à la lumière d'une observation recueillie à la clinique de Meynert. La publication en sera effectuée *in extenso* dans l'organe de la Société.

La discussion soulevée à cette occasion a trait aux entités psychopathiques dans leurs rapports avec la stupeur. Celle-ci, pour M. Meynert, peut émaner des conceptions délirantes, se montrer au milieu de l'immobilité, du mutisme le plus complet et le plus prolongé ; en ces cas, les malades accordent une certaine attention aux mouvements passifs qu'on leur imprime, sans être en état de prendre ou de conserver des poses pénibles. La stupeur pure relèverait d'une suractivité des centres d'adaptation sous-corticaux, l'équilibre étant anormalement maintenu alors que décroît l'activité des hémisphères.

M. Meynert présente à ses collègues une femme de trente-deux ans, célibataire ; *il s'agit de décider dans l'espèce s'il y a ou non psychose,* la personne en question ayant essayé de se tuer. En dépit de toutes les apparences de la mélancolie notées au premier abord, un examen approfondi ne permettait de consigner aucun symptôme morbide proprement dit; évidemment cette humeur noire est physiologique. Le professeur fait remarquer qu'un internement prolongé à l'asile eût pu favoriser sur un pareil terrain la production d'hallucinations et devenir la cause occasionnelle d'une psychose consécutive, dont l'aspect lypémaniaque eût été considéré comme le prodrome. Par conséquent, le placement de semblables sujets dans un asile est absolument contre-indiqué.

M. Pohl fait remarquer à cet égard comment, en des conditions spéciales d'un léger trouble dans la circulation, s'opèrent les transformations de la douleur psychique ou même physiologique en des états mentaux tout différents. Telles ces formes d'aboulie en quelque sorte parétique, ces transitions à la gaieté vraie, ressortissant en somme à la douleur morale. — Il demande en outre au Dr Hollœnder si l'on est en droit d'admettre une stupeur primi-

tive alors que, selon sa conviction, la mélancolie stupide représente un type morbide fixe et bien délimité.

Pour M. Hollænder, la mélancolie stupide n'existe pas; on désigne actuellement sous ce nom des formes de monomanie essentiellement différentes de la stupeur.

M. Meynert ajoute qu'on a écarté la mélancolie avec stupeur par cette raison fondamentale que les malades qu'elle concerne sont aussi bien enclins à sourire; l'explication du fait gît et dans la nature de leurs hallucinations et dans l'anémie considérable que l'on observe généralement chez eux. Quant à la dépression mentale, il ne faut point oublier que sa forme hypochondriaque précède, comme stade prodromique pur, la monomanie non moins que les sensations d'angoisses qui appartiennent et à l'hypochondrie et à l'hystérie. Toutefois, il importe, dans l'intérêt du diagnostic, d'établir une différenciation tranchée entre l'hypochondrie et la mélancolie. L'association de la stupeur à la mélancolie vraie est d'autant moins surprenante que cette dernière en renferme toujours quelque élément de par les phénomènes d'arrêt qui la caractérisent; si les nuances varient, la parenté est intime entre les deux types nosographiques. La distinction fondamentale réside dans la pathogénie; les hallucinations et la stupeur en général se développent sur un fonds d'anémie, tandis que la mélancolie résulte certainement de processus hyperhémiques.

Séance générale du 25 *mai.* — Présidence de M. Meynert.

La situation financière, présentée par le D[r] Holler, trésorier-économe, pour l'année 1880-81, se traduit, tous frais payés, par un avoir en caisse de 250 florins 79 kreutzers.

M. Fritsch, secrétaire, produit son rapport annuel sur les travaux de la Société pendant l'année 1880-81. Les six séances tenues par elle ont été presque exclusivement consacrées à des questions scientifiques. Voici les communications dont elle a pris connaissance :

M. Meynert. *Sur les fonctions de l'écorce du cerveau.*

M. Fritsch. *De l'influence des maladies fébriles sur les psychoses.*

M. Pohl. *Du processus hallucinatoire.*

M. Hollœnder. *De l'œdème circonscrit du cerveau comme cause de symptômes des lésions en foyer. De la stupeur.*

Quelques-uns de ces mémoires ont été publiés dans les Annales de la Société, qui ont en outre ouvert leurs colonnes aux travaux suivants, pendant l'année qui vient de s'écouler :

M. Meynert. *Contributions crâniologiques à l'étude de la prédisposition psychopathique ; — Fragments tirés des corollaires anatomiques*

et de la physiologie du cerveau antérieur; — Les formes hallucinatoires aiguës de la monomanie exaltée et leur évolution; — Nouvelles recherches sur les ganglions du cerveau et la base de cet organe.

M. Krafft-Ebing. *De l'utilité de la surveillance des autorités dans les asiles d'aliénés de l'Autriche; errements et moyens à employer.*

M. Fritsch. *De l'aliénation mentale. Des diverses formes de l'aphasie dans leurs rapports avec les perturbations psychiques.*

M. Pick. *Contribution à l'étude des hallucinations.*

M. Lechner. *Apport à la pathogénie des hémorrhagies cérébrales dans les formes syphilitiques précoces.*

M. Pasternatzky. *La structure de l'étage inférieur du pédoncule cérébral et de la lamelle du noyau lenticulaire.* (Analyse, t. III, p. 346.) *La question des centres corticaux moteurs.*

M. Schlancenhausen. *Contribution à l'étude de l'aliénation pseudo-aphasique.*

M. Rüdinger. *Le poids du cerveau humain.*

Membres reçus par la Société pendant l'année précédente : MM. Alois Grünberg; Robert de Pfungen; Max Weïss; Alfred Studeny; Arthur Schwarz.

Le Bureau est ainsi constitué pour l'année 1881-1882. *Président* : M. le professeur Meynert; — *Vice-président* : Dr Gauster, — *Trésorier* : Dr Holler; — *Secrétaires* : Drs Fritsch et Hollænder.

Membres du conseil d'administration : Professeur Hoffmann; — Drs Pflüger, Pohl, Wimmer.

MM. Pohl et Schwaab sont chargés de la vérification des comptes.

La séance est terminée par la lecture du travail de M. le professeur Meynert intitulé : *Des sensations et des passions.*

(*Jahrbücher f. Psychiatrie*, III, 3.) P. K.

BIBLIOGRAPHIE

II. *Traité des Névroses*, par A. Axenfeld, deuxième édition, augmentée de 700 pages, par Henri Huchard. Paris, 1882. Germer-Baillière et Cie, éditeurs.

A l'occasion d'une seconde édition du *Traité des Névroses*, d'Axenfeld, M. Henri Huchard vient de faire paraître une œuvre personnelle importante. C'est le sort des ouvrages scientifiques médicaux de

vieillir vite. Or, la publication du *Traité des Névroses* date de près de vingt ans. Les progrès des sciences médicales et particulièrement de la branche qui traite des maladies du système nerveux ont été considérables depuis cette époque, et la tâche confiée à M. Huchard par le professeur éminent, si prématurément ravi à la science, toute pleine d'honneur, était aussi hérissée de difficultés. Il y avait surtout deux écueils à éviter, celui d'étouffer l'œuvre du maître sous des additions considérables imposées par le progrès de la science, et celui de faire une œuvre incomplète en consacrant aux récentes conquêtes de la neuropathologie une place trop restreinte. Pour échapper au premier, M. H. Huchard a pris le parti de conserver au texte d'Axenfeld son intégrité. « Nous avons pensé, dit-il, que le devoir nous commandait de conserver à ce livre toute son originalité, de ne rien changer à ces pages souvent éloquentes et toujours empreintes d'un profond esprit clinique; et dans les additions considérables que les progrès de la science nous ont imposées, nous avons cru qu'il était utile et convenable d'indiquer par un signe facile à reconnaître tous les développements qui nous appartiennent, que nous revendiquons comme notre propriété, dont nous voulons subir et réclamer la responsabilité entière, puisque, pour notre malheur, la collaboration et les conseils de notre maître vénéré nous ont fait absolument défaut. » Le docteur H. Huchard n'a également pas modifié le plan général de l'ouvrage primitif et les anciennes divisions ont été conservées la plupart du temps. Il en résulte bien un peu de confusion; quelques chapitres gagneraient à être fondus ensemble; l'unité de l'œuvre en a un peu souffert. Mais ce sont là des défauts inhérents à la nature même de la tâche entreprise par le D[r] H. Huchard, et nous devons reconnaître qu'il les a palliés autant qu'il était possible. Ils sont même largement compensés par l'extension considérable que ce respect de l'œuvre du maître lui a permis de donner à son œuvre personnelle. Nous ne pensons pas que les exigences du lecteur, qui demande à un livre nouvellement paru de n'ignorer aucune des récentes acquisitions de la science, puissent être plus pleinement satisfaites. M. Huchard n'a négligé aucune des ressources que les travaux récemment parus aussi bien à l'étranger qu'en France pouvaient lui fournir. Toutes les observations cliniques, toutes les théories physiologiques, toutes les découvertes anatomiques, qui, de près ou de loin, se rattachent aux névroses, y sont rapportées et discutées à la place qui convient. — Chacun des chapitres forme ainsi une sorte de revue critique du sujet en question, une monographie rapide mais complète. M. Huchard, en outre, s'est astreint à faire suivre son texte d'un nombre considérable d'indications bibliographiques. En même temps qu'un hommage rendu aux travaux du passé, c'est toujours une tâche ingrate dont les travailleurs devront lui savoir gré.

Je ne saurais donner ici un analyse détaillée d'une ouvrage de cette nature. Il suffit d'en avoir indiqué l'esprit général. Je dois cependant signaler les principales additions.

Les chapitres complètement inédits sont ceux des *anesthésies* sous le rapport de la pathogénie, de la *névralgie diaphragmatique*, des *tremblements* en général, de la *maladie de Parkinson*, des *paralysies d'origine viscérale et périphérique*, du *nervosisme chronique* ou *neurasthénie*, etc. Parmi les sujets qui ont reçu des développements considérables, il faut citer : *les névralgies en général et en particulier, la migraine, l'angine de poitrine, le vertige, les spasmes fonctionnels, les contractures, l'épilepsie, la chorée et l'hystérie*. — L'histoire de cette dernière névrose a été plus particulièrement refondue. On y trouvera analysés les plus récents travaux de l'École de la Salpêtrière sur les grandes et les petites attaques convulsives de l'hystérie. S'appuyant sur ses propres observations, l'auteur ajoute un certain nombre de chapitres relatifs à *l'hystérie viscérale*, aux *rapports de l'hystérie en général avec divers états morbides*, aux *troubles vaso-moteurs et sécrétoires de la névrose*, à sa *thérapeutique*, aux *troubles intellectuels*, au *caractère*, aux *mœurs* et à l'*état mental des hystériques*. Cette dernière étude si intéressante a été publiée dans un des derniers numéros des *Archives*, à titre d'extrait[1].

Au sujet de l'hystéro-épilepsie, M. H. Huchard propose de n'appliquer cette dénomination qu'aux cas seulement dans lesquels les deux névroses coexistent réellement chez le même sujet, réservant le nom d'épilepto-hystérie à ceux dans lesquels l'hystérie est seule en cause.

Enfin, le *Traité des Névroses*, en outre de ses richesses au point de vue scientifique, se distingue par ses qualités essentiellement pratiques. Le chercheur et le clinicien y trouveront également leur compte. La thérapeutique y occupe une place importante et le soin qu'a apporté l'auteur de la seconde édition à la révision et au développement de cette partie de l'ouvrage montre assez qu'il n'a pas failli à l'esprit du maître regretté dont il vient si heureusement de continuer l'œuvre prématurément interrompue. PAUL RICHER.

III. *Des lésions du lobule de l'insula*; par A. PERDRIER. Thèse de Paris, 1882.

L'auteur conclut de ses recherches cliniques et expérimentales que les lésions absolument localisées au lobule de l'insula se traduisent cliniquement par une hémiplégie portant à la fois sur le bras et sur la jambe. Dans cette hémiplégie, le tronc ainsi que la face ne sont pas intéressés, le bras est beaucoup plus pris que la jambe. Elle ne s'accompagne pas de troubles de la sensibilité.

CH. F.

[1] *Arch. de Neurol.*; t. III, p. 187.



IV. *Essai sur une forme rhumatismale de la paralysie agitante*; par VESSELLE. Thèse de Lyon, 1882.

M. Vesselle, développant les idées de son maître M. Pierret, cherche à établir que la paralysie agitante peut avoir des origines variables, qu'il existe des paralysies agitantes à pathogénies différentes. La variété des formes symptomatiques et des lésions pathologiques montre qu'il existe des formes différentes de la maladie de Parkinson. L'étude des prodromes et des fonctions musculaires, jointe à celle de l'étiologie, permet de croire qu'il est un certain nombre de cas de paralysie agitante d'origine nettement rhumatismale; chez quelques malades en effet, le tremblement a été précédé des circonstances qui déterminent ordinairement les affections rhumatismales, et il a existé des douleurs rhumatoïdes plus ou moins nettes. Cette forme de paralysie agitante est susceptible d'être améliorée ou même guérie par le traitement rationnel s'adressant à la diathèse rhumatismale; et le succès du traitement montre bien la nature diathésique des symptômes observés. Les muscles offrent quelquefois une dégénérescence fibreuse plus ou moins avancée ou des indurations plus ou moins marquées.

CH. F.

V. *Etude clinique sur l'absinthisme chronique;* par L. GAUTIER. Thèse de Paris, 1882.

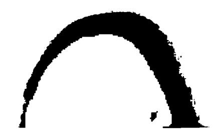
Le travail de M. Gautier est basé sur de nombreuses observations recueillies par M. Lancereaux ou dans son service. Il en ressort que l'absinthe provoque une série de désordres qui, tantôt ressemblent à ceux de l'alcoolisme, tantôt en diffèrent soit par leur intensité, soit même par leur nature. La plupart des malades d'hôpital prennent l'habitude de l'absinthe à Paris ou en Algérie, et les individus originaires des départements du Nord y sont plus sujets.

Tous les symptômes de l'absinthisme sont plus ou moins directement sous l'influence du système nerveux. Le caractère des absinthiques offre une remarquable impressionnabilité et une grande variabilité. Ils sont sujets à des rêves analogues à ceux des alcooliques, ou même plus effrayants encore ; ils ont plus souvent que les alcooliques des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Le délire absinthique ne diffère pas du délire alcoolique. Les symptômes les plus caractéristiques de l'absinthisme sont les phénomènes douloureux soit spontanés, soit provoqués. L'hyperesthésie occupe particulièrement les extrémités, la région ovarienne, le rachis; le plus souvent les douleurs périphériques sont symétriques. Plus souvent que l'alcoolisme, l'absinthisme détermine un affaiblissement des membres, pouvant aller jusqu'à une véritable para-

lysie. Les troubles moteurs et sensitifs des extrémités sont remarquables par leur symétrie et leur marche ascendante vers la racine des membres. Les convulsions généralisées sont un symptôme de l'absinthisme aigu; on ne les observe dans l'absinthisme chronique que sous l'influence d'un épisode aigu, ou en conséquence d'une lésion cérébrale. Les troubles digestifs sont analogues à ceux de l'alcoolisme, mais moins prononcés. Les désirs et la puissance génitale sont, chez l'homme, rapidement et profondément compromis. Chez la femme, l'absinthisme paraît rendre la ménopause plus précoce et prédisposer à l'avortement et à la mort des enfants en bas âge. Les absinthiques meurent presque fatalement de tuberculose pulmonaire; il est absolument exceptionnel de les voir arriver à soixante ans. Les lésions anatomiques encore peu connues de l'absinthisme ne diffèrent pas de celles de l'alcoolisme; elles sont caractérisées par une sénilité précoce de tous les organes; dans aucune autopsie il n'existait de cirrhose hépatique, ni d'athérome artériel. CH. F.

VI. *Considérations sur l'hygiène des aliénés*; par L.-A. POMPONNE. Thèse de Paris, 1882.

L'auteur condamne l'institution des asiles de ville telle que l'a préconisée Griesinger. L'isolement qui est la base du traitement de la folie ne peut produire de bons résultats que dans les asiles de campagne, où les malades se trouvent en même temps dans des conditions hygiéniques meilleures. Il conclut à la suppression des quartiers d'hospice pour les mêmes raisons. Il préfère, pour la construction des asiles, le système des pavillons isolés où l'air et la lumière pénètrent plus facilement; cette disposition est d'ailleurs meilleure au point de vue de l'isolement. Les constructions constituées par un rez-de-chaussée et un étage conviennent le mieux aux asiles, parce que les aliénés y jouissent le jour des bienfaits de la liberté au grand air et la nuit d'une habitation salubre. Les cours doivent toujours être à l'extérieur des bâtiments, elles doivent être plantées d'arbres, mesurer une superficie de 1.200 mètres carrés pour une moyenne de 30 malades; elles seront disposées en plan incliné pour faciliter l'écoulement des eaux et ne seront point entourées de murs élevés, mais seulement de sauts-de-loup, qui ont l'avantage de permettre aux malades de jouir de la vue de la campagne environnante. Le rez-de-chaussée doit être uniquement affecté aux divers services de jour. Les dortoirs seront toujours au premier, ils offriront une capacité moyenne de 32 mètres cubes d'air respirable par malade, pour une durée de séjour évaluée à 10 heures; ils ne doivent pas contenir plus de 10 à 12 lits; un cabinet d'aisances sera annexé à chaque dortoir, ce qui permettra



de supprimer les vases de nuit. Les dortoirs seront éclairés par des appareils enchâssés dans le plafond, de sorte que les malades ne pourront pas les atteindre, et les résidus de la combustion s'échapperont par des tuyaux de dégagement. L'infirmerie sera située, comme les dortoirs, au premier étage; les précautions hygiéniques y seront multipliées. On soignera la ventilation; le chauffage se fera au moyen de bouches de chaleur ou de calorifères. Elle sera entourée d'une galerie couverte qui servira de promenoir aux malades. Il y aura une annexe réservée aux convalescents. Aux lits plus ou moins compliqués inventés pour les gâteux, l'auteur préfère la caisse remplie de paille, qui est d'un prix peu élevé, se trouve partout et est facilement renouvelable.

M. Pomponne considère le *no-restraint* appliqué d'une manière absolue comme une utopie. Les moyens de contention que l'on doit préférer sont le fauteuil et la camisole; le manchon et les entraves sont inutiles et dangereux. On ne doit se servir de la camisole pour maintenir le malade dans le décubitus dorsal forcé que dans les cas extrêmes; il vaut mieux camisoler un malade et le laisser aller au grand air que de l'enfermer dans une cellule, même matelassée. Enfin, l'alimentation doit être surveillée avec la plus grande sollicitude, car l'état de la nutrition est de la plus haute importance pour le traitement. Ch. F.

VII. *Recherches sur les zones hystérogènes*; par R. Gaube, 1882. Thèse de Bordeaux, 1882. O. Doin, éditeur.

Ce travail, fait sous la direction de M. le professeur Pitres, de Bordeaux, et basé sur des observations prises par lui ou dans son service, comble une grande partie des lacunes laissées dans l'histoire des zones hystérogènes. MM. Bourneville et Regnard, dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* et M. Richer dans ses *Etudes cliniques de l'hystéro-épilepsie* n'avaient observé ces zones qu'à la tête et au tronc, et M. Charcot, dans une récente leçon sur l'hystérie chez les jeunes garçons, publiée par nous dans la *Gazzeta degli ospitali* (nos 59 et 60, 1882), disait qu'on n'en avait point encore observé sur les membres : les observations très circonstanciées de MM. Pitres et Gaube montrent qu'on peut en rencontrer de nettement caractérisées, aussi bien aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. D'une manière générale, les zones hystérogènes sont fréquemment, mais non constamment, symétriques. Leur forme, leur étendue et leur nombre varient avec l'intensité de l'affection. Leur température est la même que celle des régions voisines. L'état de la sensibilité à leur niveau n'est pas constant; chez une même malade, on trouve des zones anesthésiques et d'autres qui sont sensibles. Elles n'ont pas de rapport fixe avec l'hémianesthésie,

sauf pourtant en général quand elles sont unilatérales. La douleur spontanée qui n'est pas constante se montre surtout pendant les prodromes des crises. Quelques malades présentent en même temps que des zones hystérogènes des zones qui sont le siège d'une douleur vague et qui peuvent devenir hystérogènes.

Certaines zones peuvent disparaître et d'autres apparaissent. Une zone exclusivement excito-motrice peut devenir, suivant le degré de la compression, excito-motrice ou frénatrice. Une zone exclusivement motrice peut devenir, selon le degré de la compression, cataleptogène ou excito-motrice, ou encore cataleptogène seulement.

Sous l'influence du froid excessif (pulvérisations d'éther), les zones hystérogènes des membres et des seins ne se conduisent pas de la même façon; tandis que les premières ne sont pas mises eu jeu, les secondes donnent lieu à attaques. Ni les unes ni les autres ne disparaissent sous l'action du froid; après comme avant l'action du froid, la compression détermine une attaque. La chaleur ne met pas en jeu l'action des zones et ne les influence en aucune façon. Les piqûres et les frictions cutanées ne déterminent pas non plus l'attaque; la sensibilité spéciale des zones hystérogènes siège profondément; il n'y a que la pression qui la révèle.

Les zones hystérogènes des membres ont pour siège les irradiations nerveuses périphériques. La compression des troncs nerveux qui innervent ces zones provoque l'attaque, tout comme la compression de ces zones elles-mêmes. Les zones mammaires comme les zones ovariennes (Charcot, Féré, Baraduc) siègent dans la glande elle-même.

La ligature circulaire qui produit la pléthore veineuse, la bande d'Esmarch, qui amène l'ischémie, font disparaître progressivement les zones hystérogènes; mais, au-dessus du territoire ischémié, le nerf garde son excitabilité. Tout rentre dans l'ordre avec le rétablissement de la circulation.

Souvent l'application d'un sinapisme fait disparaître la zone; mais, au dessus, le nerf garde son excitabilité. Quand une zone est unilatérale, l'application d'un sinapisme sur le côté sain la fait disparaître sans transfert. Quelquefois le sinapisme appliqué sur une zone hystérogène fait disparaître la zone symétrique. Une injection sous-cutanée d'eau distillée au niveau d'une zone la fait disparaître; mais, au dessus, le nerf a conservé son action hystérogène. L'électrisation locale (courants voltaïques ou faradiques) d'une zone l'efface pour un temps, tandis que le nerf conserve au-dessous de la zone son excitabilité. (Des courants faradiques semblent avoir une action plus rapide et plus durable.) Il n'y a que le métal ou le bois æsthésiogène (variable pour chaque malade), dont l'application puisse faire disparaître la zone hystérogène, sans toutefois influencer l'action du nerf. Quand on a produit la réso-

lution par l'éthérisation, l'excitabilité des zones et du nerf disparaît.

Les courants agissant sur la moelle (ascendants ou descendants) et sur le cerveau, font disparaître toutes les zones hystérogènes et l'excitabilité des troncs nerveux qui s'y rendent. Les zones hystérogènes effacées par des actions locales ou générales reparaissent après un temps variable, mais toujours plus long après les actions sur les centres cérébro-spinaux. La fréquence des modifications influe sur la persistance des zones. CH. F.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Tuberculose de la voûte crânienne et tuberculose osseuse; par COUPARD. Thèse de Paris, 1882.

Des périostoses crâniennes dans la période secondaire de la syphilis; par NAUDET. Thèse de Paris, 1882.

Etudes sur l'épilepsie jacksonienne; par GIRARD. Thèse de Paris, 1882.

Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice; par HAREL. Thèse de Paris, 1882.

La maladie et le système nerveux; par CARTIER. Thèse de Paris, 1882.

Des névralgies saturnines; par ROSTAN. Thèse de Paris, 1882.

Etude sur l'épilepsie partielle; par GREFFIER. Thèse de Paris, 1882.

Essai sur les tumeurs du nerf optique; par HUC. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'étude de l'anesthésie saturnine; par SIGARROA. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'étude de la névrite ascendante et des paralysies réflexes; par OLLIER. Thèse de Paris, 1882.

Etude clinique sur les troubles intellectuels dans l'ataxie locomotrice progressive; par GRUET. Thèse de Paris, 1882.

On failure of Brain power; by J. ALTHAUS, London, 1882, 2e édit.

Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice; par BÉCHARD. Thèse de Paris, 1882.

Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales; par BRA. Thèse de Paris, 1882.

Du fractionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies; par DESCOURTIS. Thèse de Paris, 1882.

Cliniske Foredrag over nervesygdomme; af A. FREIDENREICH. Copenhague, 1882.

Etude sur la congestion rachidienne de cause menstruelle; par OUDINÉ. Thèse de Paris, 1882.

Des moy hirurgicaux employés comme traitement de la névralgie le rebi, par Michon. Thèse de Paris, 1882.

Du cancer au point de vue de ses rapports avec l'aliénation mentale; par Ch. Bessière. Thèse de Paris, 1881.

De la surdi-mutité; par Lesur. Thèse de Paris, 1881.

Contribution à l'étude du délire ambitieux; par Bachelot. Thèse de Paris, 1881.

On concussion of the spine, nervous shock and other obscure injuries of the nervous system, in their clinical and medico-legal aspects; by J.-E. Erichsen. A new and revised edition, London. 1882.

Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux, et en particulier du purpura myélopathique; par L. Faisans. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'e méningée expérimentale avec déductions cliniques, Thèse de Paris, 1882.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Fabre de Parrel, médecin-adjoint à l'asile de Quatremares (Seine-Inférieure), vient de donner sa démission. — M. le Dr Rousselin, directeur-médecin à l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), est admis à faire valoir ses droits à la retraite. — M. le Dr E. Cortyl, directeur médecin de Quatremares, remplacera M. Rousselin à l'asile de Saint-Yon. — M. le Dr Cortyl est remplacé à l'asile de Quatremares par M. le Dr Delaporte, de l'asile de Rennes. — M. le Dr Homery passe de l'asile de Saint-Dizier à l'asile de Rennes. — M. G. Cortyl, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Yon, est nommé directeur médecin à l'asile de Saint-Venant. — M. Bestière est nommé médecin adjoint de l'asile d'Evreux, en remplacement de M. Lisle, décédé. — M. Martinencq est nommé médecin adjoint à l'asile de Saint-Yon, en remplacement de M. Schils, nommé à Ville-Evrard. — M. Febvré est nommé médecin adjoint de l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse), en remplacement de M. Longeaud, nommé directeur-médecin à Rodez. — Notre ami le Dr Kéraval est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon. — M. A. Guyot, interne de l'asile de Maréville, est nommé médecin adjoint de l'asile de Quatremares, en remplacement de M. Fabre de Parrel, démissionnaire.

ASILE-HOSPICE DE VILLEJUIF. — Un arrêté du préfet de la Seine vient de prescrire une enquête sur l'avant-projet de l'établissement d'un cimetière spécial pour l'asile-hospice de Villejuif. — On nous a assuré que les travaux de cet asile étaient actuellement poussés avec la plus grande activité.

ASILE SAINTE-ANNE. — Les installations balnéaires et hydrothérapiques de l'asile des aliénés de Sainte-Anne sont terminées et vont pouvoir fonctionner prochainement. Elles sont destinées à donner des bains et des douches aux malades du dehors qui vont à la consultation de l'asile clinique (asile Sainte-Anne) et de l'hôpital Cochin, ainsi qu'aux malades des Bureaux de bienfaisance et aux enfants pauvres des écoles voisines.

ASILE D'ALIÉNÉS DU VAR. — Le préfet du Var donne avis que : un concours est ouvert entre les architectes français pour la confection d'un projet d'asile mixte d'aliénés, à construire dans le département du Var.

Le coût de l'établissement (mobilier non compris) pouvant contenir 600 aliénés assistés ne devra pas dépasser la somme de 1,200,000 francs. Le prix d'un pensionnat pour 60 malades payants n'est pas compris dans le chiffre ci-dessus. Les projets devront être déposés le 30 novembre 1882. Le concours sera jugé par un jury spécial dont la composition est fixée en principe dans la délibération susvisée du Conseil général. Les auteurs des trois projets classés les premiers recevront chacun une prime, savoir :

L'auteur du projet	n° 1	une prime de	3,000	francs.
—	n° 2	—	2,000	—
—	n° 3	—	1,000	—

Les projets primés seront acquis au département, qui conserve toute sa liberté en ce qui concerne l'exécution.

Le programme du concours et le plan du terrain sur lequel doit être construit l'asile seront adressés à toutes les personnes qui en feront la demande à M. le préfet du Var.

ASILES D'ALIÉNÉS DE BORDEAUX. — Le concours pour deux places d'internes à l'asile des aliénés de Bordeaux vient de prendre fin. Le jury se composait de MM. Azam, Picot, Desmaison, Compan et Rondot. Ont été nommés : MM. Nicoleau et Quériaud.

NÉCROLOGIE. — M. Dagron est décédé le 14 avril à l'âge de 68 ans. Il était médecin directeur honoraire des asiles depuis 1877.

PRIX PROPOSÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1883. — *Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux.* — Paralysies et contractures hystériques. Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

[illegible]es hôpitaux et les asiles. — Le 26 juin dernier, [illegible] Cout..., fille de salle à la Salpêtrière, était char- [illegible] bain à une aliénée agitée, Georges. Après avoir [illegible] cette [illegible] dans une baignoire recouverte du couvercle [illegible] cuivre ordinairement employé pour les malades agitées, [illegible] après avoir ouvert le robinet d'eau chaude, elle se rendit [illegible]s une pièce voisine en oubliant de refermer le robinet. Peu [illegible]stants après, on trouvait la malade morte : elle avait suc- [illegible]bé à une congestion pulmonaire produite par l'action de [illegible]vapeur et de l'eau brûlante. Marie C... fut immédiatement [illegible]êtée. Elle a comparu le 8 août devant la 9e chambre. M. le Dr Mo- [illegible]u (de Tours), médecin de la Salpêtrière, atteste que la prévenue, [illegible]chée à son servi[illegible] ses fonctions de la façon « la plus irréprocha[illegible]e était « soigneuse, bonne et douce envers les m[illegible] considération ces excel- lents renseignements, et ayant surtout égard à la longue durée de la détention, le tribunal condamne Marie C... à six jours de prison.

Plusieurs journaux ont fait beaucoup de bruit au sujet de ce triste accident et ont essayé de faire croire qu'il était dû à ce que la baigneuse était une laïque. Ils ont abusé de l'ignorance de leurs lecteurs, car, dans tous les hôpitaux confiés aux religieuses, les *baigneuses* sont des laïques. Malheureusement, les accidents de ce genre sont beaucoup plus fréquents qu'on le suppose en dépit de la plus grande surveillance, et tout récemment nous avons entendu l'un des inspecteurs généraux déclarer qu'il y en avait environ chaque année une dizaine dans les asiles. C'est pour cela qu'on ne saurait trop prendre de précautions dans l'organisation des services des bains. Jusqu'ici, on n'a encore rien trouvé qui donnât une parfaite sécurité.

Mutilation chez un mystique. — Un curieux cas de mysticisme est signalé dans la ville d'Aumale (Algérie), par les journaux politiques : « Un nommé Chave, tailleur, obsédé depuis longtemps de monomanie religieuse, assistait à la messe lorsque, vers dix heures, il se dirigea vers un confessionnal. Effrayée de son air exalté, une sœur qui se trouvait là était allée chercher un prêtre. Malheureusement, quand celui-ci arriva, il était trop tard. Chave sortait du confessionnal, pâle, défaillant, les mains ensanglantées.

« Le pauvre fou venait de s'infliger le plus cruel supplice. Avec l'énergie que peut seule donner l'exaltation religieuse, il avait pratiqué sur lui-même, *sans autre instrument que ses ongles*, l'opération rendue fameuse par l'infortune d'Abeilard. Chose assez surprenante, Chave n'est point mort, malgré la gravité de ses blessures; il paraît même satisfait de sa résolution. Il espère, dit-il, avoir gagné le ciel en s'affranchissant de ses iniquités ».

Un monument a Darwin. — Dans une séance du Comité exécutif du monument de Darwin, tenue le 30 juin, à la Société royale, Burlington-House, on a annoncé que la souscription totale tant annoncée que promise s'élevait à 62,175 fr. Il a été décidé qu'on élèverait une statue en marbre ; et on a nommé un sous-comité chargé d'étudier la question. On demandera au British-Museum la permission de placer la statue dans la grande salle de la section d'histoire naturelle, South Kensington. Le sous-comité est ainsi constitué : M. W. Bowman, Sir J.-D. Hooker, professeur Huxley, M. C.-T. Newton et Sir H. Pollock. Président, M. W. Spottiswoode, président de la Société royale ; secrétaires honoraires, le professeur Bonney et M. P. Edward Dove. (*British. med. Journ.* 8 *juillet*, 1882.)

L'assassin Guiteau. — Les journaux médicaux américains ont discuté longuement sur la question de savoir si l'assassin du président Garfield devait être considéré comme sain d'esprit ou comme un aliéné, s'il était ou non responsable. On trouvera à ce sujet des articles particulièrement intéressants de MM. Hammond et Beard dans le *Journal of nervous and mental diseases* ; de MM. Falsom et Channing, dans *Boston medical and surgical journal*; de M. Brown, dans le *Journal of psychological medicine*; de M. Stearnes, dans le *Journal of mental science*; de M. Gray, dans le *Journal of insanity*, etc. Il faut dire d'ailleurs que l'autopsie rapportée par le *Progrès médical* (1882, p. 624), d'après le *Medical Record*, n'apporte guère de preuve en faveur de l'une ou de l'autre opinion.

Nouveau Journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro de « *The American journal of Neurology and psychiatry* », publication trimestrielle paraissant sous la direction de MM. les docteurs M'Bride, Gray et Spitzka, à New-York, chez l'éditeur Westermann.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bricon (P). — *Du traitement de l'épilepsie.* (*Hydrothérapie. — Arsénicaux. — Magnétisme minéral. — Sels de pilocarpine*). Un volume in-8° de 263 pages, avec 25 figures dans le texte.— En vente aux Bureaux des *Archives de Neurologie*. Prix : 5 fr. (Pour nos abonnés, 3 fr. 50.)

Buzzard (T.). — *Clinical lectures on diseases of the nervous system.* Un vol. in-8° de 446 page, 1882. London, J. et A. Churchill, 11, New Burlington street.

Carvallo (D.). — *Heridas de la cabeza. Su relacion con las lesiones localizadas que suelen acompanarlas. — Historia de un caso de histerico-cataleptiforme i ottro de conjestion cerebral con convulsiones i afasia.* Brochure in-18 de 110 pages, 1882. Conception, Imprenta de « La Libertad catolica ».

Flechsig (P.). — *Die körperlichen grundlagen der geistesstörungen.* Brochure in-8° de 36 pages. Leipzig. Verlag Von Veil et compagnie.

Howard (H). — *The philosophy of insanity crime and responsability.* In-8° cartonné de 145 pages avec 2 planches hors texte. 1882. Montreal Imp. Dawson brothers.

Hughes (C.-H.). — *Moral* (affective) *insanity.* (A plea for its retention in medical nomenclature). Brochure in-8° de 14 pages. Presented to the International Congress at London, August. 1881.

Jobissenne (G.). — *Les mouvements de l'iris chez l'homme à l'état physiologique.* Brochure in-8° de 52 pages, Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier. Prix : 2 fr.

Mickle (J.). — *Aphasia; some of its varieties. Reprint from the alienist and neurologist* (*April* 1882). Brochure in-8° de 16 pages. London. Dr Julius Mickle.

Morton (J.).—*A contribution to the subject of nervousstretching.* Extrait du *Journal of Nervous and mental disease* (janvier 1882). Brochure in-8° de 31 pages. New-York.

Prévost (J.-L.). — *Du rôle de la syphilis comme cause de l'ataxie locomotrice progressive* (Revue critique). Brochure in-8° de 22 pages. Genève, librairie Georg.

Roux. — *Traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle.* — In-8° de 54 pages. En vente aux Bureaux des *Archives de Neurologie.* Prix : 2 fr. (Pour nos abonnés, 1 fr. 35.)

Seguin (E. C). — *The efficient dosage of certain remedies used in the treatment of nervous diseases.* Brochure in-8° de 20 pages. 1882. Truair, Smith and Bruce. Syracuse. (N. Y.)

Tamburini (A.) et Seppelli (L.). — *Allo studio sperimentale dell' ipnotismo nelle isteriche. Communicazione preventiva.* Brochure in-8° de 10 pages. Reggio-Emilia. Tipi di Calderini e Figlio.

Wuillamier (T). — *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Un volume in-8° de 192 pages, avec 5 figures dans le texte et 2 planches lithographiées hors texte. En vente aux Bureaux des *Archives de Neurologie.* Prix : 3 fr. 50. (Pour nos abonnés, 2 fr. 50.)

Letters and facts, not eretofore published, touching the mental condition of Ch. Guiteau, since 1865. Brochure in-8° de 32 pages, 1882. Washington, United States Jail.

Thirty-ninth annual report of the managers of the state lunatic asylum Utica for the year, 1882. — Librairie Weed, Parsons and Cᵒ.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux. Ch. Hérissey, imp. — 982



Vol. IV. Novembre 1882. N° 12.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

ÉTUDE CLINIQUE DU VERTIGE DE MÉNIÈRE DANS SES RAPPORTS AVEC LES LÉSIONS DES FENÊTRES OVALE ET RONDE;

Par le Dr GELLÉ.

Un individu bien portant s'affaisse subitement dans la rue, ou bien il se sent pris soudain de vertige, de tournoiement tels qu'il n'ose quitter le mur auquel il s'appuie, l'objet auquel il s'est cramponné. Ses jambes se dérobent; le sol s'enfonce sous ses pas; une sueur froide inonde son visage. Chaque fois qu'il tente d'avancer, ou bien il se sent entraîné sur le côté, ou lancé en avant, ou renversé en arrière. Il assiste effaré, terrifié, à cette lamentable anarchie des mouvements et des efforts d'équilibration. Cet état vertigineux cruel aboutit à la chute ou bien lui succède. Si l'accès est subit et terrasse le malade, un état nauséeux, demi-syncopal, précède souvent de longue date l'accès de vertige. Le patient se rend parfaitement compte de ce qui se passe en lui et de son incapacité de se tenir en équilibre. Il ne perd pas connaissance; à peine

t-il quelques secondes de surprise et d'émoi. Ses oreilles sifflent, bourdonnent violemment; enfin, la crise passée, il s'aperçoit qu'il est devenu sourd.

C'est le vertige de Ménière, ou la surdité apoplectiforme des auteurs allemands. C'est un appareil symptomatique d'allure positivement cérébrale, et qui a pu maintes fois causer des erreurs de diagnostic. Les auteurs et de Trœltsch entre autres en citent des plus curieuses. C'est un àccident morbide plus fréquent qu'on ne pense, et à mesure qu'on sait mieux le reconnaître les exemples s'en multiplient.

Depuis le travail de Ménière, après les expériences de Flourens et de ses successeurs, les leçons de M. le professeur Charcot, les travaux des élèves de la Salpêtrière, ont beaucoup fait pour en vulgariser la connaissance dans le corps médical.

Les thèses de Voury, de Bonnenfant, de Lhuissier et de Léo, les cliniques de M. Charcot; l'étude récente de MM. Féré et Demars; les leçons professées par Trousseau, Hardy, G. Sée, ont appelé l'attention des médecin sur cette symptomatologie curieuse, éclairé ce diagnostic délicat et pressant, et montré surtout les applications thérapeutiques recommandables dans le vertige. Tout dernièrement encore M. le professeur Charcot a montré tout le parti qu'on peut tirer de l'emploi des agents médicamenteux qui possèdent une sorte d'action élective sur l'organe auditif, et il a institué un traitement précieux de cette cruelle affection. Au point de vue nosologique, il a également prouvé que l'accès apoplectiforme, la forme la plus connue aujourd'hui, n'est point la seule manifestation symptomatique du vertige auriculaire. En

effet, l'état vertigineux durable, l'état nauséeux constant, bien que d'aspect beaucoup moins grave et surtout d'allure moins terrifiante que la forme par attaque. peuvent être des manifestations incontestables d'états anatomo-pathologiques auriculaires identiques ou analogues à ceux qui déterminent l'accès brusque avec ou sans chute sur le sol.

Ménière, Saissy, et après eux Moos, Politzer, puis Voltolini, ont trouvé à l'autopsie de sujets qui avaient été atteints de phénomènes prononcés de vertige avec surdité, des lésions du labyrinthe et surtout des canaux semi-circulaires. C'est le plus souvent à la suite de la méningite cérébro-spinale que ces lésions ont été observés. Ces cas mortels et si nets ne sont point de ceux que j'ai montrés dans ce travail.

En général nos malades, à part les accidents d'équilibration et leurs troubles auditifs, jouissaient d'une santé parfaite. La surdité même ne les préoccupait que tardivement.

Ma thèse pourrait aussi bien s'intituler : « Des lésions de l'oreille moyenne que l'on constate cliniquement en même temps que le vertige de Ménière. » Mais un pareil titre semblerait annoncer des autopsies, des descriptions de pièces et j'ai dit que ce travail est absolument clinique. On sait au reste combien sont incomplètes et insuffisantes les rares autopsies connues de vertige de Ménière. Mais c'est bien pis si l'on veut savoir quelle lésion correspond au vertige qui guérit, celle qui caractérise le vertige apoplectiforme, ou au contraire ce qui cause le vertige durable aux formes multiples et méconnues. Voici par avance une preuve de la multiplicité et de la différence des lésions

étiologiques dans ces cas qui n'entraînent pas la mort.

Il s'agit d'un sujet mort par accident (apoplexie pulmonaire) dans le service de M. Charcot. Il était atteint de vertige de Ménière, dont les accès purent être étudiés pendant assez longtemps par M. Féré. Un énorme bouchon de cérumen solide remplissait le méat; le tympan, enfoncé extrêmement, était méconnaissable; les trompes étaient imperméables; les mouvements de l'étrier étaient nuls, la caisse scléreuse; le labyrinthe d'apparence normale; la fenêtre ronde parut bombée en dehors. Ce court aperçu montre des lésions bien différentes de celles qu'a trouvées Ménière le premier. Le fait qui doit frapper tout d'abord, c'est l'immobilisation de l'étrier, qu'il faut associer dans l'esprit à l'enfonçure extrême de la cloison du tympan et à l'oblitération de la trompe, ses deux causes indiscutables. Le vertige apparaît dès lors comme une manifestation labyrinthique, mais qui a été provoquée par une lésion siégeant hors du labyrinthe.

En face d'un malade atteint de vertige ou tombé étourdi à terre, mais qui se relève en pleine possession de ses facultés, le médecin est actuellement conduit à placer, sinon dans les centres nerveux, que la conservation de la connaissance permet jusqu'à un certain point d'éliminer, mais dans la partie nerveuse de l'organe de l'ouïe que la surdité et les bourdonnements signalent à l'attention, la source du mal et le siège de la lésion qui le produit. L'observateur appuie sa conclusion sur les données de la physiologie expérimentale. Aujourd'hui, la trilogie symptomatique de Ménière indiquerait toujours un état pathologique des canaux semi-circulaires. On sait que le limaçon tout entier a pu

être atteint de nécrose et éliminé, sans qu'on ait observé de troubles d'équilibration. J'ai montré à la Société de biologie que la destruction du limaçon chez le cobaye ne cause aucune altération des mouvements ni de l'équilibre. D'un autre côté, j'ai pu voir complètement guéris du vertige des pigeons sur lesquels on avait, par des lésion des canaux semi-circul aires, provoqué les accidents de déséquilibration, et qui plus tard entendaient parfaitement.

L'expérimentation isole donc bien les fonctions spéciales aux diverses portions de l'appareil labyrinthique. Il ne semble pas que le vertige de Ménière, dans sa constitution ternaire, nous offre une séparation semblable. Aux troubles de l'équilibre s'ajoutent le bourdonnement d'oreille et la surdité ; la lésion des canaux semi-circulaires ne saurait à elle seule tout expliquer. Si le sujet devient sourd, à coup sûr, c'est qu'il a autre chose qu'une altération des canaux semi-circulaires.

Mais la probabilité se change en certitude, si l'on voit le vertige guérir pendant que le sujet reste sourd. Or, c'est un fait d'observation que la surdité est souvent, très souvent la suite et la terminaison du vertige de Ménière, à tel point qu'un moment on a pu croire que le traitement si excellent de M. Charcot n'agissait qu'en hâtant la terminaison par surdité.

Dans l'hypothèse d'une lésion exclusive des canaux, il faudra donc admettre que cette affection a guéri juste au moment où le reste du labyrinthe s'est trouvé privé du fonctionnement. Il y a donc là autre chose qu'une lésion de ces canaux membraneux.

La surdité terminale a frappé quelques bons observateurs, et ils ont conclu qu'il fallait chercher ailleurs

la solution de la question, à moins de faire de tout cela le symptôme d'une labyrinthite. Mais cette opinion est inadmissible, car si la surdité persiste, l'accident vertigineux a disparu : si les canaux sont guéris, comment expliquer que le reste du labyrinthe puisse être envahi par le processus et se trouver détruit?

C'est donc en dehors de l'oreille interne qu'on est conduit à placer le siège de la lésion principale dans le vertige de Ménière, si l'on veut aussi avoir la pathogénie de la surdité et des bourdonnements d'oreilles si caractéristiques que M. Charcot en fait un signe de l'affection et que les malades le reconnaissent comme avant-coureur de leur accès apoplectiforme.

La marche de la maladie de Ménière est bien faite aussi pour donner des doutes. Souvent, l'accès de vertige passe comme un éclair; souvent, il apparaît à de longs intervalles, pendant lesquels le médecin n'est point consulté. Dans les formes les plus graves, où le vertige se répète fréquemment, et se termine par la chute, il existe des périodes franches de calme dans lesquelles l'affection de l'oreille moyenne se trahit souvent et peut être suivie. Dans les otites subaiguës ou chroniques, d'origine pharyngée, l'envahissement de l'organe auditif s'est fait par la paroi labyrinthique d'abord, loin des regards; il n'est pas étonnant que le vertige soit un signe précoce de ces maladies longtemps méconnues, parce que les signes objectifs font alors le plus souvent défaut.

Je ne rappelle que pour souvenir qu'on a pu provoquer le vertige avec chute par de simples injections auriculaires chez l'homme. On sait les expériences de P. Bert sur les lapins. La clinique montre

les conditions anatomo-pathologiques dans lesquelles la production du vertige est à redouter; de plus, elle permet de constater l'existence du vertige dans des affections auriculaires manifestes et de tout ordre, dans lesquelles l'oreille moyenne est seule envahie, et d'assister à la disparition du symptôme vertigineux, en même temps qu'à la guérison de l'otite ou de toute autre manifestation pathologique de la caisse du tympan. Il y a plus, le vertige a pu être provoqué chez certains individus, qui n'en avaient jamais eu spontanément, bien que l'examen fît découvrir une lésion de la caisse. C'est là un trait de lumière! Il est possible, en effet, de faire naître chez l'homme des troubles analogues au vertige, et jusqu'à des troubles de l'équilibre, comme on les a produits sur les pigeons.

Il n'est donc pas nécessaire d'admettre l'existence d'une affection préexistante du labyrinthe pour que la production du vertige ait lieu.

Comment expliquer cet accident subit, l'accès de vertige? quelle excitation soudaine du contenu de l'oreille interne, et par quoi est-elle amenée brusquement? Si l'on se guide sur les données de l'expérimentation sur les animaux, on trouve qu'en définitive il suffit d'une commotion du contenu du labyrinthe, pour que le vertige naisse; et qu'il n'est pas indispensable à sa production qu'une augmentation de la pression intra-labyrinthique existe auparavant, comme le pensa Politzer. Dans certaines conditions de relâchement des tissus, cet accroissement de la pression se produit subitement, par un déplacement en dedans de la platine de l'étrier ou de la fenêtre ronde. C'est ainsi que, au moyen d'une poire à air, en poussant le tympan et

tout l'appareil conducteur du son vers la paroi labyrinthique, on peut provoquer le *vertige expérimental* chez l'homme, par une légère commotion du labyrinthe. Il est très admissible qu'un état névrosique particulier, préexistant, est nécessaire pour expliquer la réaction plus énergique, et le trouble plus général. Mais c'est, en définitive, l'intensité, l'ampleur du mouvement imprimé à la platine de l'étrier, qui provoquent aussitôt les phénomènes de déséquilibration. Il y a loin en effet de l'action du choc de l'onde sonore, seul excitant physiologique de l'organe auditif, à l'ébranlement causé par le traumatisme, soit dans les expériences sur les pigeons. soit dans le cas de choc, de coups, etc., reçus sur l'oreille. (Vertige traumatique.)

Mais il est cependant des cas, où l'on voit le bruit seul provoquer le vertige; où il suffit par conséquent de l'effort d'accommodation, et de protection de l'oreille, et de l'action de son appareil tympanique, pour que la commotion labyrinthique ait lieu. Peut-être, la platine de l'étrier se meut-elle alors en dedans, d'une façon exagérée; peut-être y a-t-il plutôt un obstacle au déplacement consécutif du liquide labyrinthique? Et il serait logique d'admettre, avec Duplay, une lésion de la fenêtre ronde, ou près d'elle, l'empêchant de se porter vers la caisse, et concentrant ainsi toute la pression dans la cavité du labyrinthe. Excès de mobilité de l'étrier ou immobilité de la fenêtre ronde, les deux conditions aboutissent à rendre inévitable la commotion des canaux semi-circulaires. (Vertige d'accommodation.)

Cette théorie du vertige de Ménière est satisfaisante, car il existe un trop grand nombre de faits cliniques

où l'on n'a pu avoir la preuve qu'il existât des lésions quelconques de l'oreille interne, bien que les caractères du vertige dit labyrinthique eussent été observés; et par contre, on a vu ce syndrome survenir au milieu de l'évolution d'affections catarrhales de la caisse, et même des cellules mastoïdiennes (Guy, d'Amsterdam), et il n'est pas jusqu'aux affections les plus communes de l'oreille externe, dans lesquelles des observateurs de mérite n'aient rencontré cette symptomatologie. (Féré et Demars : *Note sur la maladie de Ménière*, *Rev. de méd.*, 1881). C'est le vertige réflexe.

Le médecin qui observe le vertige de Ménière, et qui ne découvre rien par l'exploration la plus minutieuse de l'oreille moyenne, et de ses annexes, conclut à une affection de l'organe labyrinthique. Mais, prouver qu'une surdité existe, sans lésion de la caisse, n'est pas chose facile actuellement, et, de l'aveu de tous les otologistes, c'est cependant la clé du diagnostic.

La difficulté est de reconnaître si ce qu'on observe n'est pas le résultat d'une affection des fenêtres ovale et ronde. Divers signes différentiels ont été proposés par les otologistes, pour explorer le labyrinthe. Depuis Bonnafont, les auteurs français ou allemands, se servent pour cela du diapason posé sur le crâne du sujet. Cette expérience est basée sur cette opinion accréditée, que le son du diapason se transmet *directement* par les os au contenu labyrinthique; or, cela est une erreur. J'ai démontré, il y a longtemps, que ce mode de transport du son est inadmissible; et j'ai expérimentalement prouvé en effet que le son solidien, comme les sons, est susceptible d'être modifié, dans son intensité, quand on change l'état de tension, par

influence, de l'appareil de transmission. Savart et Wollaston l'ont montré pour les sons aériens; je l'ai établi pour les sons crâniens ou solidiens.

Les expériences au moyen de pressions centripètes opérées sur le tympan, ne laissent aucun doute à ce sujet, et contredisent formellement l'opinion émise par Bonnafont, Triquet, Lucæ, Politzer, Urbantschistch, etc., que la diminution de la perception osseuse est un bon signe différ[illegible] ffaiblissement de l'ouïe, et un obstacle à [illegible] des sonores, (Urbantschistch. *Traité des mal. de l'o*[illegible]*lle*, trad. franç., p. 418.)

J'espère modifier l'interprétation de cette expérience, et prouver qu'il est plus exact de dire que la diminution de la perception osseuse, est un signe qu'il existe un obstacle à l'accès des ondes sonores, et que cet obstacle siège au niveau des fenêtres ovale et ronde.

J'ai employé, à l'étude des cas de vertige de Ménière, que je cite dans ce travail, deux nouveaux procédés d'investigation, au moyen desquels je pense rendre possible l'examen des fenêtres ovale et ronde et de la platine de l'étrier. (*A suivre.*)

CLINIQUE MENTALE

DU DÉLIRE DES NÉGATIONS (*Suite*)[1];

Par M. COTARD.

Si le délire des négations paraît se rattacher, dans bien des cas, aux vésanies intermittentes, je dois ajouter

[1] Voir le n° 11, p. 152.

qu'il n'est pas rare de le voir se développer sur un fonds hystérique ; il n'est pas rare non plus de le rencontrer comme symptôme de la périencéphalite diffuse. Le *délire des petitesses* signalé dans cette maladie par le D[r] Materne paraît fort voisin du délire des négations et peut coexister avec lui ; on en verra un exemple dans les observations qui suivent.

Je divise ces observations en trois catégories : dans la première je range les cas où le délire des négations se présente à l'état de simplicité ; dans la seconde, un cas où il est symptomatique de paralysie générale ; dans la troisième, les cas où, associé au délire des persécutions, il constitue ces formes d'aliénation complexes qui nous expliquent comment presque tous les auteurs ont confondu dans la même description du délire mélancolique les idées de ruine, de culpabilité, de méfiance et de persécution.

Ces cas mixtes mériteraient une étude spéciale ; ils présentent, je crois, en outre des deux ordres de symptômes, quelques caractères particuliers. Les malades se croient plutôt possédés que damnés, se figurent avoir des bêtes ou des diables dans le corps. Esquirol a rapporté des cas de ce genre au chapitre de la Démonomanie ; Fodéré distinguait du délire de culpabilité et de damnation ou *damnomanie,* la *démonomanie* ou possession démoniaque. Cette dernière forme me semble établir une sorte de transition entre le délire de culpabilité et le délire des persécutions.

Première catégorie.

Observation I. — M[me] E..., âgée de cinquante-quatre ans, mariée, mère de famille, est placée le 12 juin 1863 à la maison

de santé de Vanves, après avoir fait plusieurs tentatives de suicide.

Mme E... est dans un état d'agitation anxieuse avec des idées de culpabilité et délire hypochondriaque; elle s'imagine qu'elle a la gorge rétrécie et le cœur déplacé. Pendant les paroxysmes d'agitation, elle pousse des cris et se lamente à haute voix en répétant toujours les mêmes paroles: Tous ses organes sont déplacés, elle ne peut plus rien faire, elle est perdue, elle est damnée.

1864. — Même délire, mêmes paroxysmes anxieux avec répétition continuelle des mêmes phrases stéréotypées. Mme E... est perdue, elle n'a plus de tête, plus de corps; elle est morte. Mme E... pousse des cris perçants, répète les mêmes mots avec rage et dit elle-même qu'elle est enragée; elle s'accroche avec les mains, comme convulsivement, aux objets extérieurs, et, une fois qu'elle les tient, elle ne veut plus les lâcher.

Mme E... voit des fantômes dans les murailles, elle résiste à see besoins naturels, sous prétexte que ce serait sa mort d'y satisfaire, pousse des cris et se livre à des actes violents pour lutter contre la fatalité de sa situation à laquelle personne ne peut la soustraire; les idées de suicide persistent toujours.

Le délire de négation s'accentue de plus en plus, Mme E... n'a ni bras ni jambes, toutes les parties de son corps sont métamorphosées; elle répète que tout est perdu, qu'elle ne peut plus bouger sans s'exposer à tomber en morceaux et elle se raidit convulsivement dans la position assise où elle se trouve habituellement.

La folie d'opposition est à son comble, Mme E... refuse de manger parce qu'elle ne peut avaler, de marcher, parce qu'elle n'a pas de jambes; elle ne veut ni se lever, ni se coucher, ni s'habiller, ni manger, ni marcher, ni aller à la garde-robe; elle se raidit comme une barre de fer pour résister à tous les actes qu'on veut lui faire accomplir, elle pousse des cris dès qu'on veut la toucher et prétend qu'on va la briser comme du verre.

Les années se passent sans apporter aucune modification à ce délire. Mme E... en est arrivée à un état de démence avec grognements, cris inarticulés, et paroxysmes d'agitation; elle conserve toujours la même raideur musculaire et oppose la même résistance à tout ce qu'on veut lui faire faire.

Mme E... a une chute de la matrice et du rectum qu'il est impossible de maintenir à cause des violents efforts d'expulsion qu'elle fait dès qu'on a procédé à la réduction.

Elle succombe en 1878 dans un état de cachexie générale.

Observation II. — Mme E... âgée de soixante-trois ans, placée à Vanves en mai 1868, est dans un état de grande agitation anxieuse; elle s'imagine qu'elle n'a plus rien, qu'elle a ruiné sa famille et qu'on va la mettre en prison. Mme E... est constamment en mouvement, ne peut tenir en place; elle ne cesse de gémir en répétant qu'elle est perdue, ruinée, qu'elle est cause que ses enfants vont mourir de faim.

Elle refuse les aliments sous prétexte qu'elle ne peut les payer; elle se croit atteinte d'une maladie contagieuse et s'imagine qu'elle répand une odeur infecte; elle ne veut se laisser approcher de personne et croit que son contact est mortel: elle s'imagine aussi qu'il y a du poison et des saletés dans ses aliments. Mme E... dit qu'elle ne peut ni manger ni marcher, qu'elle est absolument incurable; elle résiste à tous les soins qu'il faut prendre de sa personne, il faut lutter pour l'habiller, pour la lever, pour la faire promener, pour la nourrir. Mme E... reste habituellement blottie dans un coin, tantôt muette, tantôt poussant un gémissement monotone et répétant qu'elle est un monstre.

Par humilité, Mme E... ne consent à manger qu'à la table des domestiques.

Elle meurt en 1876 sans que le délire ait subi la moindre modification.

Observation III. — Mme S..., âgée de cinquante-trois ans, a déjà eu un accès de mélancolie à forme dépressive et qui n'a pas nécessité son placement. Elle est reprise de délire mélancolique et est amenée à Vanves, à la fin de l'année 1876.

Mme S... est dans un état d'agitation anxieuse extrême; elle se croit coupable et perdue; on va la conduire en prison et elle cherche par tous les moyens possibles à faire des tentatives de suicide. Mme S... entend des voix qui lui disent qu'elle est coupable, qu'elle va être condamnée et conduite en prison; elle croit entendre la voix de son mari et de sa fille qui sont en prison à cause d'elle; elle se lamente sans cesse et refuse les aliments.

1880. Mme S... est toujours dominée par les mêmes idées mélancoliques; elle reste le plus souvent muette et immobile et ne répond pas quand on lui adresse la parole; par moments elle exprime des conceptions négatives tout à fait absurdes. Mme S... prétend que personne ne meurt plus, que personne

ne se mar[illegible] plus, que personne ne naît plus. Il n'y a plus de médecins, [illegible]l n'y a plus de préfets, il n'y a plus de notaires, il n'y a plus de tribunaux; autrefois Mme S... priait, mais aujourd'hui c'est inutile, puisque Dieu n'existe pas. Mme S... résiste à tous les soins qu'il faut prendre de sa personne, elle est toujours disposée à refuser les aliments et prétend qu'il y a de la chaux, de la potasse dans tout ce qu'on lui présente.

Mme E... passe toutes ses journées dans le mutisme et l'immobilité. Actuellement (mai 1882) son état reste absolument stationnaire.

Observation [illegible] ...gée de cinquante et un ans, mariée, mère de [illegible] ...r toujours été bien portante jusqu'à l'année 1878. [illegible] ...rs prise d'un accès anxieux avec terreurs; Mme M... voyait du feu, des incendies, se croyait ruinée et s'imaginait qu'on allait la torturer. Au bout de deux mois, elle guérit subitement; mais après quelques semaines elle fut reprise des mêmes accidents et amenée à Vanves dans un état d'agitation anxieuse intense avec gémissements et terreurs continuelles relatives surtout au feu et aux incendies.

Mme M... s'imagine qu'elle est ruinée, qu'on va la torturer, que ses aliments sont empoisonnés, qu'elle est ensorcelée. Elle paraît avoir des hallucinations de l'ouïe et de la vue, prétend qu'il se passe toutes les nuits des choses effroyables dans sa chambre, qu'il y vient des personnages qu'elle ne connaît pas. Mme M... ne veut pas reconnaître son mari ni ses enfants qui viennent la visiter; elle prétend qu'elle n'a jamais été mariée, qu'elle n'a ni père, ni mère, ni mari, ni enfants. A..., sa ville natale n'existe plus, Paris n'existe plus, rien n'existe plus, sa fille est un diable déguisé. Mme M... ne se laisse approcher de personne, se recule avec terreur dès qu'on veut la toucher ou lui prendre la main et répète incessamment : « Ne me faites pas de mal ». Elle nie tout et résiste à tout, il faut lutter pour l'habiller, la déshabiller, la nourrir, etc., et Mme M... déploie une force de résistance étonnante.

Au mois d'août 1881, Mme M... est frappée subitement d'hémiplégie gauche ; le délire n'est nullement modifié. Le membre inférieur reprend incomplètement ses fonctions, mais le membre supérieur se contracture. Mme M... répète constamment les mêmes négations, dit à tout instant : « Ne me faites pas de mal » et résiste opiniâtrément à tout ce qu'on veut lui faire faire.

Actuellement (mai 1882) la situation reste la même à tous égards.

Observation V. — Mme J..., âgée de cinquante-huit ans, placée à Vanves au mois d'août 1879, est dans un état de mélancolie anxieuse qui date déjà de plusieurs mois.

Mme J... s'imagine qu'on va lui couper les nerfs, la rendre sourde, muette et aveugle et lui faire subir toutes sortes de tortures; elle passe des journées entières à gémir et à implorer la Vierge et les saints.

Paroxysmes d'agitation très intenses avec tentatives de suicide. Mme J... refuse les aliments, elle est perdue, damnée; elle est « bourrée de pétrole », on va lui faire subir les plus affreux supplices et cependant elle ne pourra jamais mourir.

Fréquents paroxysmes pendant lesquels Mme J... se roule par terre et fait toutes sortes de grimaces et de contorsions. Mme J... répète constamment les mêmes phrases, souvent tout à fait absurdes et inintelligibles, mais se rapportant à des idées de transformation et d'anéantissement de sa personne et de tout ce qui l'entoure. Mme J... répète : « Il n'y a plus rien, rien n'existe plus, tout est en fer, etc. »; elle est elle-même transformée, elle est un petit poulet, une mouche, elle est un chiffon de laine qui parle, elle n'est plus rien, elle ne mange jamais, elle n'a plus de corps ; les personnes qui l'entourent ne sont que des ombres.

Mme J... résiste à tout, retient ses matières fécales et ses urines, il faut lutter pour l'habiller, pour la déshabiller, etc., et dans ces luttes Mme J... déploie une énergie et une vigueur musculaire incroyables. Actuellement (mai 1882), la situation de Mme J... est toujours la même, son délire ne s'est nullement modifié.

Observation VI. — Mme C..., âgée de quarante-trois ans, mariée, mère de famille, est entrée à la maison de santé de Vanves en novembre 1880. En 1875, à la suite de la mort subite de son père et de l'opération du strabisme faite à son fils, cette dame avait déjà été atteinte d'un léger accès anxieux avec insomnie et bâillements continuels, obsédée par la crainte que son père n'ait été enterré vivant et que son fils ne devînt aveugle par suite de l'opération du strabisme.

Cet état anxieux se dissipa au bout d'un mois. A la fin de mars 1880, nouvel accès, début assez rapide, préoccupations

relatives à des questions d'argent, perplexité et indécision continuelles, insomnie. Mme C... s'accuse et se croit coupable. Au bout de quelques mois, délire hypochondriaque.

Mme C... croit qu'elle n'a plus d'estomac. que ses organes sont détruits et elle attribue cette destruction à un vomitif qui lui a été en effet administré.

A son arrivée à la maison de santé, Mme C... est dans un état de mélancolie anxieuse avec paroxysmes d'agitation maniaque pendant lesquels Mme C... fait des contorsions, des grimaces, se roule par terre et pousse des gémissements. Ces paroxysmes alternent avec des périodes d'immobilité et de mutisme. Mme C. [illegible] a le gosier retiré, qu'elle n'a plus d'estom[illegible]us de sang; elle ne mourra jamais, elle n'est [illegible]ante, elle est une personne surnaturelle, sa place n'est n[illegible]mi les vivants, ni parmi les morts; elle n'est plus rien, elle [illegible]upplie qu'on lui ouvre les veines, qu'on lui coupe les bras e[illegible] les jambes, qu'on lui ouvre le corps pour s'assurer qu'elle n'a plus de sang et que ses organes n'existent plus.

Cette malade a quitté la maison de santé après deux mois de séjour et est sortie non guérie; j'ignore ce qu'elle est devenue.

Observation VII. — M. A..., âgé de cinquante-trois ans, placé en juillet 1877, à la maison de santé de Vanves, a été frappé de mélancolie après avoir éprouvé de grandes douleurs morales; il a perdu presque en même temps sa femme et un fils.

M. A... s'accuse d'avoir causé la mort de sa femme et de son fils, il est pourri, il a la syphilis, il est perdu, il est damné, il est le plus grand criminel qui ait jamais existé, il est l'Antéchrist, il doit être brûlé en place publique; M. A... est plongé dans une profonde tristesse, il pleure et gémit; il voudrait être mort et fait des tentatives de suicide.

1880. M. A... exprime toujours les mêmes idées mélancoliques de culpabilité, il est l'homme damné destiné à brûler éternellement. M. A... dit que tout son corps est pourri, qu'il n'a pas de sang, qu'il n'a pas de pouls, que son cœur ne bat plus, que sa tête est vide, qu'il n'a pas figure humaine. Il attend la fin du monde, qui est proche.

Actuellement, en mai 1882, la situation est toujours la même, le délire n'est nullement modifié.

Observation VIII. — M. A..., âgé de quarante-huit ans, placé à la maison de santé de Vanves au mois de mars 1879, à la suite d'une tentative de suicide, est dans un état d'agitation anxieuse intense. Il cherche par tous les moyens à se frapper, à se mutiler, à se crever les yeux, à se donner la mort; il ne veut ni manger, ni prendre de médicaments, ni recevoir aucune espèce de soins, parce qu'il se considère comme indigne. Il ne pense qu'à expier ses crimes imaginaires; c'est pour cela qu'il veut se frapper et se tuer; il dit qu'il est tombé dans un abîme d'infamie et qu'il s'y enfonce chaque jour davantage; il supplie qu'on lui donne une corde pour se pendre ou une forte dose de poison.

M. A... ne paraît pas avoir d'hallucinations auditives, mais il a de nombreuses illusions de la vue, il donne un sens mystique aux formes des objets extérieurs, il croit voir des figures d'animaux dans les formes des arbres, etc.

1880. M. A... s'imagine qu'on va le torturer, le plonger dans l'eau glacée, le nourrir d'ordures et d'excréments, il supplie qu'on en finisse en lui donnant de l'acide prussique. Son cerveau est ramolli, sa tête est comme une noisette creuse, il n'a pas de sexe, pas de testicules, il n'a plus rien, il n'est lui-même qu'une « charogne » et demande qu'on creuse un trou pour l'enterrer comme un chien; il n'a pas d'âme; Dieu n'existe pas; par moments M. A... dit qu'il n'a ni femme ni enfants; dans d'autres instants, il demande à les voir et à retourner auprès d'eux. M. A... répète constamment les mêmes phrases et les mêmes supplications : « Tuez-moi, tuez-moi; ne me donnez pas de bain froid, ne me donnez pas de bain froid », etc., qu'il redit pendant des heures entières. Il cherche par tous les moyens possibles à se tuer et à se mutiler; il veut se crever les yeux, s'arracher les testicules, etc. Il se montre également violent et injurieux envers les personnes qui l'entourent. Par moments, M. A... peut parler avec lucidité; il raconte volontiers différents événements de sa vie passée.

En mai 1882, la situation est toujours la même, M. A... répète incessamment qu'il est indigne, ignoble, il veut se faire cireur de bottes, il n'a pas de testicules, il faut le tuer.

Deuxième catégorie.

ION IX. — M. C..., âgé de quarante-cinq ans, de robuste, marié, père de famille, ayant toujours é une existence régulière et laborieuse, n'a fait d'autres , dit-on, que des excès de travail. Il restait chaque jour à u jusqu'à deux heures du matin et était levé à sept heures.

Depuis plusieurs années il souffrait de migraines violentes avec vomissements. En 1879, il se plaignit de troubles de la vue, de brouillards ; il alla consulter un oculiste, qui, après avo d de l'œil, aurait demandé à M. C... de se tenir en equ sur un pied, ce qui fut impossible.

Vers cette époque M. C... com ença à faire des chutes fréquentes; souvent il rentrait che lui en disant à sa femme qu'il avait failli se tuer, qu'il é t mbé et qu'on l'avait aidé à se relever. En même temps so ctère commença à s'altérer, il devint sombre, irritable, e s'absorber dans une profonde tristesse. Il exprimait bres pressentiments, donnait des conseils à sa femme et sait de minutieuses recommandations au sujet de leurs ts, comme s'il s'était senti menacé d'une mort prochaine.

Au commencement de décembre 1879, il fit une nouvelle chute dans la rue, rentra chez lui glacé et fut pris d'un tremblement intense avec claquements des dents. Le médecin appelé ne constata, dit-on, aucun mouvement fébrile à la suite de ce frisson. Des frissonnements analogues se seraient reproduits irrégulièrement tous les jours pendant cinq ou six heures. M. C... restait constamment au lit, couvert d'énormes couvertures, et, dès qu'on le découvrait un peu, il était repris de tremblements avec claquement de dents; le sommeil avait complètement disparu.

Après quelques semaines, M. C... quitta le lit, mais il lui fut impossible de reprendre ses occupations. Il restait constamment dans son bureau, muet, inoccupé, immobile, ne recevant personne et renvoyant brusquement sa femme quand elle venait le voir. Par moments, il répétait : « Je suis un crétin », disait à sa femme : « Tu ne veux donc pas me rendre ma vie d'autrefois? » ou encore : « Je devrais me tirer un coup de pistolet. Je demanderais bien à Dieu de me faire mourir, mais Dieu

n'existe pas ». Une nuit il répéta pendant des heures entières une même série de syllabes incompréhensibles.

Vers le mois de mars 1880, il commença à exprimer des idées négatives tout à fait absurdes; il disait qu'il n'y avait plus de nuit et refusait de se coucher; il passait des nuits entières dans son bureau et répondait à sa femme qu'il ne pouvait se coucher puisqu'il faisait encore jour. Il disait qu'il ne mangeait plus, et quelque abondants que fussent les repas, il se mettait en fureur en disant qu'il n'y avait rien sur la table.

Placé à Vanves au mois d'avril 1880, on constate chez M. C... un trouble mental profond. M. C... ne se rend compte ni de l'endroit où il se trouve, ni du temps qui s'est écoulé depuis qu'il a quitté son domicile.

Il est ordinairement calme, silencieux; par moments il prétend que les gens qui l'entourent sont des assassins qui vont l'égorger et il est pris de paroxysmes anxieux pendant lesquels il répète continuellement les mêmes mots d'une voix lamentable. M. C... déclare qu'il ne sait ni où il est, ni qui il est; il assure qu'il n'est pas marié, qu'il n'a pas d'enfants, qu'il n'a ni père, ni mère, qu'il n'a pas de nom. Il prétend qu'il ne mange jamais et cependant il mange énormément. Il est dans un désert où il n'y a personne, et dont on ne peut sortir, car il n'y a plus de voitures, ni de chevaux. Si on lui montre un cheval, il dit : « Ce n'est pas un cheval, ce n'est rien du tout. » M. C... résiste à tous les soins qu'il faut prendre de sa personne; il refuse de se laisser mettre ses habits parce que tout son corps n'est pas plus gros qu'une noisette; il refuse de manger, parce qu'il n'a pas de bouche, de marcher, parce qu'il n'a pas de jambes. M. C... tire ses oreilles et dit qu'il n'a pas d'oreilles, il tire son nez et dit qu'il n'a pas de nez. Souvent M. C... dit qu'il est mort, mais pendant des paroxysmes anxieux, M. C... dit qu'il est à moitié mort et qu'il ne pourra jamais achever de mourir; il prend son bras, sa jambe, son mollet en disant : « Cela ne se décrochera jamais ».

Par moments, M. C... paraît avoir des hallucinations de la vue; il voit des personnages, des femmes vêtus de blanc, descendre du plafond de sa chambre; d'autres fois il voit des petits cavaliers hauts de quelques centimètres traverser sa chambre par régiments.

Embarras de la parole, incertitude de la démarche, inégalité pupillaire.

Ces symptômes de paralysie générale deviennent de plus en plus marqués pendant le cours de l'année 1881. Il s'y joint des idées de grandeur que le malade reporte dans le passé.

M. C... raconte qu'autrefois, il était immensément riche, qu'il était le premier avocat de Paris, qu'il était membre de l'Académie française, président de la République ; aujourd'hui il n'est plus qu'un petit crétin et du reste il va mourir.

En mai 1882, M. C... en est réduit à un état de démence paralytique ; il peut à peine marcher, la parole est presque inintelligible.

Troisième catégorie.

Observation X. — Mme G..., âgée de quarante-deux ans, mariée, mère de famille, a eu il y a plusieurs années de violentes attaques d'hystérie.

Placée une première fois à Vanves, à la fin de l'année 1875, elle est à cette époque atteinte de délire mélancolique avec idées de culpabilité, idées mystiques et paroxysmes d'agitation furieuse. Mme G... se croit possédée du diable, damnée ; elle croit qu'elle est enceinte du fait de sa bonne, qu'elle prend pour un homme déguisé.

Mme G... se figure qu'elle doit être transformée en une bête immonde, en scorpion, et dans ses paroxysmes, elle se met à plat-ventre, se livre à toutes sortes de contorsions pour imiter les mouvements du scorpion. Mme G... refuse les aliments, se livre à toutes sortes d'actes désordonnés et de violences envers elle-même et les personnes qui l'entourent ; elle entend le diable qui lui parle et elle doit lui obéir.

Dans le courant de l'année 1876, il se produit une amélioration très notable. Mme G... est calme, s'occupe à des travaux d'aiguille, cause volontiers ; mais elle est toujours dominée par des idées de culpabilité, se croit adultère, indigne de retourner près de son mari et de ses enfants, et veut faire une confession publique de ses péchés. Elle sort dans cet état de rémission à la fin de l'année 1876.

L'année suivante on est obligé de replacer Mme G..., qui veut absolument faire une confession publique de ses péchés et de ses crimes, dans les rues et dans les églises ; Mme G... se considère toujours comme coupable, indigne ; elle désire se placer comme domestique et gagner sa vie, car elle ne mérite pas

qu'on dépense de l'argent pour elle; mais de nouvelles idées délirantes viennent compliquer ce délire de culpabilité.

Mme G... se croit magnétisée, s'imagine qu'on peut lire dans ses pensées et que ses pensées peuvent être la cause des plus grands malheurs; elle attribue à sa bonne un pouvoir surnaturel : cette fille, au moyen de procédés magiques et de maléfices, fera entrer son fils dans la maison de santé où il subira des tortures et des mutilations génitales. Mme G... quitte une seconde fois la maison de santé en juin 1879, et est replacée en août 1880; elle s'imagine qu'elle est persécutée par des gens qui ont le pouvoir de lire dans la pensée et qu'elle appelle des *carigrafiers;* ces gens sont acharnés contre elle et contre ses enfants, et ne cessent de répéter les plus affreuses calomnies. Ils vont jusqu'à lui faire dire, à elle, des sottises qui sont ensuite répétées dans tout Paris et dans le monde entier, et qui peuvent faire le plus grand mal à sa famille.

En même temps qu'elle accuse ses persécuteurs et les personnes qui l'entourent, Mme G... s'accuse elle-même; elle est un monstre, elle est damnée; elle a trois perce-oreilles dans le corps et finira par être changée en scorpion; elle n'a déjà plus rien d'humain et est comme une bête immonde. Mme G... voudrait être morte, elle gémit et fait des tentatives de suicide, mais il est trop tard : maintenant elle est immortelle, on pourrait la hacher en petits morceaux sans la faire mourir.

En mai 1882, la situation est toujours la même; cependant les idées de persécution paraissent prédominer de plus en plus, Mme G... accuse les domestiques qui clabaudent et calomnient continuellement; elle est damnée, il est vrai, mais ce sont les médecins qui en sont cause.

Observation XI. — Mme H..., âgée de cinquante et un ans, est placée au mois d'août 1880.

Il y a quinze ans environ, à la suite d'une dysentérie grave, Mme H... a éprouvé une sensation de craquement dans le dos, « son dos s'est décroché ». Depuis cette époque, à quatre ou cinq reprises au moins, Mme H... a gardé le lit pendant neuf à dix mois, une fois plus d'un an. Mme H... prétendait qu'elle ne pouvait se lever, que son dos descendait dans son ventre. Vers le commencement de l'année 1880, Mme H... a commencé à se plaindre que tout le monde lui en voulait, et ces idées de persécution se concentrèrent sur la personne de son gendre; elle

répétait pendant des heures entières : « Pourquoi ma fille a-t-elle donc épousé X...? » Placée à Vanves au mois d'août 1880, Mme H... raconte qu'on lui a jeté un sort; elle est damnée, elle a des animaux dans le ventre, des singes, des chiens, etc.; elle entend des voix qui la poussent malgré elle à des actes violents; elle demande la mort, et cependant elle sait qu'elle ne pourra jamais mourir. Au mois de septembre de la même année, Mme H... quitte la maison de santé dans le même état d'aliénation chronique, pour être transférée dans un autre asile.

J'aurais pu, en outre de ces quelques cas, citer, de seconde main, un assez grand nombre d'observations éparses çà et là et dans lesquelles le délire de négation est signalé, au moins dans sa forme hypochondriaque.

Je me borne à donner les indications bibliographiques suivantes :

ESQUIROL. *Démonomanie.*

FODÉRÉ. *Traité du délire*, t. I, p. 345.

LEURET. *Fragments psychologiques*, p. 121, 407 et suiv. — *Traitement moral*, p. 274, 281.

MOREL. *Études cliniques*, t. II, p. 37 et 118.

MACARIO. *Annales médico-psychologiques*, t. I.

BAILLARGER. *De l'état désigné sous le nom de stupidité*, 1843. — *La théorie de l'automatisme* (*Ann. méd.-psych.*, 1856). — *Note sur le délire hypochondriaque* (*Académie des sciences*, 1860).

ARCHAMBAULT. *Annales médico-psychologiques*, 1852, t. IV, p. 146.

PETIT. *Archives cliniques*, p. 59.

MICHÉA. *Du délire hypochondriaque* (*Ann. méd.-psych.*), 1864.

MATERNE. *Th. de Paris*, 1869.

KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Psychiatrie*, obs. II et VII.

COTARD. *Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse* (*Ann. méd.-psych.*, 1880).

Je termine ce travail par un tableau synoptique résumant le parallèle entre le délire des négations et le délire des persécutions.

DÉLIRE DE PERSÉCUTIONS.	DÉLIRE DE NÉGATIONS.
Le malade ne présente ordinairement pas le facies mélancolique.	Anxiété, gémissements, angoisse précordiale, etc.; les malades sont des types de mélancolie anxieuse. D'autres tombent dans la stupeur. Quelques-uns présentent des alternatives de stupeur et d'agitation mélancolique.
Hypochondrie surtout physique au début.	Hypochondrie surtout morale au début.
Le malade s'en prend au monde extérieur, à des influences nuisibles venant des divers milieux et surtout du milieu social. Il ne s'accuse pas lui-même, il se vante plutôt de sa force physique et morale et de l'excellence de sa constitution qui lui permet de supporter tant de maux.	Le malade s'accuse lui-même : il est incapable, indigne, coupable, damné. Si la police ou les gendarmes vont venir l'arrêter et le conduire à l'échafaud, il ne l'a que trop mérité par ses crimes.
Suicide relativement rare.	Suicide et mutilations très fréquents.
Homicide plus fréquent.	Homicide plus rare.
Troubles de la sensibilité très rares.	Troubles de la sensibilité. Anesthésie.
Hallucinations auditives constantes et présentant l'évolution spéciale que l'on connaît.	Hallucinations manquent souvent. Quand elles existent, elles sont simplement confirmatives des idées délirantes. Conséquemment pas d'antagonisme entre le malade et les voix qui lui parlent, pas de dialogue. Quand les malades parlent seuls, c'est pour répéter en forme de litanies les mêmes mots ou les mêmes phrases, adressées aux personnes réelles qui les entourent.
Hallucinations de la vue très rares.	Hallucinations de la vue assez fréquentes.
Hypochondrie morale consécutive; les persécuteurs attaquent les facultés morales, les malades disent qu'on les rend idiots.	Hypochondrie physique consécutive. Les malades n'ont plus de cerveau, plus d'estomac, plus de cœur, etc. Ils sont morts ou bien ne mourront jamais. Transformation de la personnalité. Quelques-uns parlent d'eux-mêmes à la troisième personne.

DÉLIRE DE PERSÉCUTIONS.	DÉLIRE DE NÉGATIONS.
Délire des grandeurs.	Délire de négation et d'anéantissement. Les malades nient tout, ils n'ont ni parents, ni famille ; tout est détruit, rien n'existe plus, ils ne sont plus rien, ils n'ont pas d'âme, Dieu n'existe plus.
	Folie d'opposition.
Refus des aliments *partiel,* par crainte du poison. Les malades choisissent parmi leurs aliments et mangent avec voracité ceux qu'ils ne croient pas empoisonnés.	Refus des aliments *total.* Les négateurs refusent parce qu'ils sont indignes, parce qu'ils ne peuvent payer, parce qu'ils n'ont pas d'estomac, etc.
Marche de la maladie, rémittente ou continue avec paroxysmes.	Marche, d'abord franchement intermittente, puis continue.

PATHOLOGIE MENTALE

INVERSION DU SENS GÉNITAL (*Conträre Sexualempfindung.* Westphal). — *Perverted sexual Instincts.* Julius Krueg). — *Inversione dell' instinto sessuale.* Tomassia Ariggio) ET AUTRES PERVERSIONS SEXUELLES ;

Par MM. CHARCOT et MAGNAN (*Suite*) [1].

Si, dans l'observation qui précède, ne tenant compte que des faits relatifs à l'inversion du sens génital, nous négligeons les autres phénomènes neuro-psychopathiques, nous nous trouvons en face de ce que certains auteurs appellent une monomanie instinctive ; mais ce n'est point là une entité morbide, ce n'est qu'un

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 7, janvier-février 1882.

épisode d'une maladie plus profonde. C'est un syndrome, une des nombreuses manifestations qu'offrent les sujets désignés par Morel du nom de dégénérés. Les dégénérés, dès l'enfance, portent la marque d'une tare cérébrale qui, chez quelques-uns, peut simplement se traduire par un défaut d'équilibration intellectuelle compatible d'ailleurs, comme chez notre malade, avec l'existence de facultés brillantes.

En résumant l'observation nous trouvons, dès le premier âge, la voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, la recherche des occupations féminines, le désir de ressembler à la femme, de plaire à l'homme, l'idée obsédante de l'homme nu s'imposant plus tard à l'esprit au milieu des études les plus sérieuses; l'onanisme et l'exaltation de l'imagination amenant à la fois un tel état de faiblesse et d'éréthisme génital que l'érection et l'éjaculation se produisent à la vue des organes virils de l'homme, à la vue d'une statue, à la seule idée du pénis de l'homme. Par contre, indifférence absolue pour la femme dont les attouchements, les provocations de toute nature ne peuvent venir à bout d'une invincible frigidité. Tout cela avec une entière conscience de l'état maladif. Telle est cette anomalie sexuelle bien singulière, sans doute, mais dont la bizarrerie peut encore être dépassée dans certains cas, puisque l'instinct sexuel prend pour objectif tantôt le *tablier blanc*, devenu ainsi pour le patient une amante adorée, tantôt les clous de la semelle d'un soulier de femme, tantôt le *bonnet de nuit* coiffant un homme ou la tête ridée d'une vieille femme; le bonnet de nuit, nous le verrons, acquiert des droits tellement souverains que toute approche conjugale est interdite

a malheureux mari, s'il n'évoque dans son esprit cette tesque image. Toutes ces obsessions, dont la clinique [illegible]rnit des exemples si variés, ne sont après tout que des modalités symptomatiques d'un même fonds pathologique, et nous devons le répéter, ce serait une étrange erreur d'en faire des états morbides distincts.

Du reste, chez quelques maniaques, on peut parfois observer passagèrement des phénomènes analogues, et nous avons, en ce moment, sous les yeux une femme âgée de trente-t[illegible] à plusieurs reprises et pendant des journées entières, voulait faire, disait-elle, comme l'homme ; cherchait à retrousser la robe des surveillantes, les suppliant de cohabiter avec elle ; se montrant, d'autre part, indifférente à l'égard des hommes venus à côté d'elle. [illegible]estphal et Krafft-Ebing ont déjà cité des cas de manie et de mélancolie où cette perversion de l'instinct sexuel survenait passagèrement. Si les antécédents héréditaires ne révèlent pas de folie proprement dite chez les ascendants, il n'en reste pas moins des conditions fâcheuses ; l'âge disproportionné du père et de la mère, les bizarreries et les extravagances du grand-père maternel, l'émotivité et les goûts singuliers de la mère, se traduisant de bonne heure, chez le patient, par des impulsions au vol, et plus tard, sans compter l'inversion de l'instinct sexuel, par certaines dispositions d'esprit maladives, par le désir de compter et de recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, les carrés, les petits détails, en un mot, d'une tapisserie, d'un écran, d'un plafond, d'une décoration quelconque. En outre, dès l'âge de quinze ans, les tendances névropathiques s'affirment par des crises convulsives qui semblent tenir de l'hys-

térie, quoique très favorablement amendées par le bromure de potassium. On le voit, la perversion instinctive qui nous occupe n'est qu'une manifestation saillante d'un état psychopathique beaucoup plus profond.

Pour compléter les renseignements sur cette intéressante observation, nous ajouterons que, depuis un an, une amélioration très sensible s'est produite ; les attaques, dont le retour se faisait rarement attendre un mois, ont laissé entre elles un long espace de six mois, du 22 janvier au 22 juillet 1882, et depuis cette dernière date il n'y a pas eu de nouvelle crise.

Une amélioration non moins remarquable a été obtenue pour les symptômes intellectuels. Après de nombreux efforts, M. X... est parvenu, non seulement à substituer, par moments, l'image de la femme à celle de l'homme, mais ses nuits ont été traversées par des rêves voluptueux, ayant la femme pour objet, et, à plusieurs reprises, il a pu tenter avec succès des approches sexuelles. L'obsession, elle-même, est devenue plus rare, et M. X... en est arrivé aujourd'hui à former des projets de mariage. Le traitement hydrothérapique a été continué et, à la médication polybromurée, nous avons depuis six mois ajouté le lactate de zinc.

Dans les écrits de Casper, nous voyons signalée cette anomalie de l'instinct sexuel, sans que l'auteur lui attribue l'importance qu'elle mérite ; toutefois, il fait remarquer que cette disposition est innée[1]. Ce fait, sur lequel Griesinger[2] avait aussi attiré l'attention, est

[1] Casper. — *Ueber Nothzucht und paederastie.* (*Casper's Vierteljahrschr*, 1, 1852).

[2] Griesinger. — *Ueber einen wenig bekannten psychopathischen zustand.* (*Arch. für. psych.*, I, p. 651. Berlin, 1868).

capital, car une disposition native qui enchaîne la volonté, poussant l'individu à des actes qu'il est impuissant à réprimer, doit nécessairement entraîner l'irresponsabilité. Cette donnée est d'autant plus importante à vulgariser, que les magistrats, les médecins légistes qui ont eu à s'occuper d'attentats aux mœurs, et sous les yeux desquels ont passé des individus essentiellement vicieux, ont paru jusqu'ici peu disposés à attribuer à la maladie la part qui lui en revient. Ainsi, Tardieu, consacrant plus de cent pages aux affaires de pédérastie et de sodomie, effleure à peine la question de folie, et, à la fin de son travail, après avoir montré le peu de valeur des excuses émanant des pédérastes : « Il y aurait, dit-il, une attention plus sérieuse à donner à l'état mental de certains individus convaincus de pédérastie, et chez lesquels la perversion morale pourrait atteindre jusqu'à la folie. J'ai dit que l'affaiblissement des fonctions intellectuelles et des facultés affectives pouvait être le dernier terme des habitudes honteuses des pédérastes. Mais il ne faut pas confondre cet état, en quelque sorte secondaire, avec les excès de la débauche et les entraînements de la dépravation. Quoique incompréhensibles, quelque contraires à la nature et à la raison que puissent paraître les actes de pédérastie, ils ne sauraient échapper ni à la responsabilité de la conscience, ni à la juste sévérité des lois, ni surtout au mépris des honnêtes gens[1]. »

On le voit, pour Tardieu la pédérastie tient du vice ; c'est avec une certaine hésitation que cet auteur distingué laisse une porte entre-bâillée à la folie. Et

[1] Tardieu. — *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, p. 259. Paris 1873.

cependant, sans sortir de la question qui nous occupe, nos dégénérés avec inversion de l'instinct sexuel, en dehors des attouchements et de l'onanisme réciproque, en arrivent parfois à la pédérastie.

L'étude de ces faits ne saurait donc être négligée, puisque en dehors de l'intérêt clinique il s'agit d'éclairer la justice et de défendre des irresponsables. Aussi, est-ce avec la plus grande attention que devrait être examiné l'état mental des inculpés, dès qu'apparaîtrait quelque chose d'insolite dans les procès de ce genre. Cet examen doit être fait avec d'autant plus de soin que les aliénés, poussés à de tels actes, sont habituellement des fous lucides, des individus mal équilibrés chez lesquels les appétits et les instincts, dominant la volonté, poussent irrésistiblement à la satisfaction des besoins maladifs.

Casper[1], dans le procès du comte Cayus, n'avait pas, ainsi que le fait remarquer Westphal, apprécié exactement l'état mental du héros de cette affaire qui, d'après l'observation même et les détails du procès, était un faible d'esprit, un dégénéré. Mais il n'est pas toujours facile de se rendre compte de l'état mental, à en juger par le fameux Karl Heinrich Ulrichs, qui avait écrit tout d'abord sous le pseudonyme de Numa Numantius; on sait, en effet, qu'il a été longtemps substitut, qu'il était très érudit, qu'il n'offrait aucune apparence de désordre intellectuel. En dehors, en effet, de sa perversion instinctive, qui, pour lui, était physiologique et non maladive, l'âme d'une femme se trouvant, disait-il, enveloppée dans le corps d'un homme,

[1] Casper. — *Handbuch der gerichtl. medic.*, Berlin, 1858. *Biolog. Theil*, p. 182..

rien dans ses relations ordinaires ne trahissait son trouble mental[1].

Pour notre malade également, dont on ne saurait contester l'état névro-psychopathique, est-ce qu'il ne passe pas aux yeux de tous pour un homme parfaitement sain d'esprit? L'on serait certainement mal venu de dire à ses auditeurs que le professeur distingué dont ils admirent chaque jour l'éloquence, la logique, le jugement, n'est autre qu'un malade dont le cerveau est torturé par les idé[illegible]tranges; qui, d'un instant à l'autre, malgré lui, [illegible]é tous ses efforts, peut être poussé à la plus hon[illegible] promiscuité. Aujourd'hui, il est amélioré, il [illegible]us maître de lui; mais ne peut-il pas encore [illegible] une aggravation, sans que rien au dehors vien[illegible]ir ce trouble intérieur?

Westphal, dans son exce[illegible] Mémoire sur cette perversion instinctive, qu'il [illegible]e du nom de sens sexuel contraire ou contre nature ([illegible]*ntrāre sexualempfindum*), met en relief les principaux caractères de cette disposition maladive[2]. Profitant des documents fournis par Casper, Tardieu et Ulrichs, il rapproche les récits, les écrits et les actes des hommes affectés d'inversion de l'instinct sexuel, des observations qu'il a faites auprès d'une fille de trente-cinq ans, dont il donne l'histoire détaillée. Dans les deux sexes, les phé-

[1] Karl Heinrich Ulrichs a publié une série de brochures, la première en 1864, *Inclusa*, sous le pseudonyme de Numa Numantius; *Formatrix-Vindicta* et *Ara spei*, 1865; *Gladius furens* et *Memmon*, 1868; *Incubus*, 1869.

[2] Westphal. — *Die contrāre sexualempfindung.* (*Arch. f. psych.*, II, p. 73 à 108. 1870.) — *Zur contrāren sexualempfindung. Arch. f. psych*; Bd VI. p. 620 à 621, 1876.) — Observation d'un jeune homme de vingt-quatre ans dont la perversion sexuelle s'est montrée à huit ans.

nomènes sont identiques et se déroulent de la même manière.

Des cas assez nombreux ont déjà été publiés chez l'homme[1], les observations relatives à la femme sont rares peut-être à cause de la facilité plus grande avec laquelle celles-ci parviennent à cacher ce trouble instinctif. Toutefois, nous avons deux observations, celle de Westphal et un cas de Gock chez une jeune fille de vingt-huit ans, qui suffisent à donner une idée de cette perversion sexuelle chez la femme[2].

Dans les deux cas, nous voyons se développer de très bonne heure l'inclination pour les filles : à huit ans chez la malade de Westphal, à douze ans chez l'autre. M. X..., rappelons-le, avait eu, à six ans déjà, une voluptueuse satisfaction à contempler l'homme nu. Pour la plupart des malades, c'est une sorte de révélation dès l'enfance ; ils se surprennent à avoir des sen-

[1] Schminke. — *Ein Fall von contrarer sexualempfindung.* (*Arch. f. psych.*; Bd. III, p. 225 à 226, 1872.)

Scholtz. — *Bekentnisse eines an perverser geschlechtsrichtung leidenden.* (*Vierteljsch. f. germed.*, Bd XIX, p. 321 à 328, 1873.)

Servaes. — *Zur kenntniss von der contrarer sexualempfindung;* (*Arch. f. psych.*, Bd. VI, p. 484 à 495, 1876.) — Observation d'un homme de trente-cinq ans et l'observation peu concluante d'une fille de seize ans qui, ayant eu trois accès maniaques suivis de stupeur, ne conservait aucun souvenir de la période d'excitation.

Vidal et Legrand du Saulle. — (*Ann. médico-psychol.*; V^e série, t. XV, p. 446, 1876.) Jeune homme de vingt ans, surpris un jour dans un urinoir avec un vieillard, exhibant toutes leurs parties génitales.

Stark. — *Ueber contrare sexualempfindung.* (*Allg. ztsch. f. psych.*) Bd. XXXIII, p. 209 à 206, 1877.)

Tomassia Ariggio. — *Sull' inversione dell' instinto sessuale.* (*Riv. Speim.* p. 97 à 557, 1878.)

Julius Krueg. — *Perverted sexual instincts.* (*Brain*, p. 368 à 376, octobre 1881. — Deux observations, l'une d'un homme avec des détails intéressants, l'autre très incomplète d'une femme de chambre de vingt-cinq ans.

[2] Gock. — *Beitrag zur Kenntniss der contrarer sexualempfindung.* (*Arch. f. psych.*, Bd. V, p. 564 à 574, 1875.)

[illegible]ents q[illegible]ls ne comprennent pas : l'homme est porté [illegible]rs l'homme, la femme vers la femme, avant même [illegible]ls aient pu subir l'influence d'une éducation vicieuse. [illegible] là, comme dit Ulrichs, l'énigme de l'amour de [illegible]mme pour l'homme ; ce sont des sentiments per[illegible]s innés. Les deux filles aimaient également, dès [illegible] p[illegible]ères années, les jeux des garçons ; elles dési[illegible]t s'h[illegible]biller en garçon, elles auraient voulu être homme. Les regards de certaines filles les impressionnaient vivement, [illegible]aient la cour, rougissaient auprès d'el[illegible], [illegible]t une vive passion, et aussi un sentiment de jalousie, [illegible]i l'amie choisie prêtait attention à une autre pers[illegible]. Les caresses provoquaient chez elles une gra[illegible]xcitation qui s'accompagnait de spasmes, de séc[illegible] des parties génitales. Toutes deux avaient des rêves voluptueux rappelant les jeunes filles aimées.

Quand les désirs ne pouvai[illegible]nt pas être satisfaits, quand il survenait des résistances ou des obstacles, elles entraient dans de véritables accès de fureur, et toutes deux étaient portées au suicide. Les hommes n'avaient aucun attrait pour elles ; l'une d'elles a refusé plusieurs mariages ; l'hymen existait chez l'une d'elles, et probablement les deux n'avaient jamais eu de relations sexuelles. Dans les deux cas, le souvenir de la jeune fille aimée poussait à l'onanisme. Le niveau intellectuel était peu élevé chez les deux ; elles apprenaient difficilement à l'école, et plus tard elles étaient chargées d'emplois subalternes. L'une d'elles avait un bec-de-lièvre. Chez l'une, existaient des périodes d'excitation et de dépression ; chez l'autre, des accès mélancoliques. Ici encore, l'inversion de l'instinct

sexuel est un syndrome enté sur un état psychopathique plus étendu.

Krafft-Ebing, dans une étude fort intéressante sur certaines perversions de l'instinct sexuel et sur les actes dont elles s'accompagnent, passe en revue une série de faits impulsifs qui, pour se présenter sous des aspects différents, n'en ont pas moins les mêmes caractères fondamentaux [1].

L'auteur arrive ensuite au sens sexuel contraire, dont il fournit quelques observations et qu'il regarde comme un symptôme lié à un degré plus ou moins élevé de dégénérescence. Ayant, du reste, fait un relevé des faits observés jusqu'à lui, il note que, treize fois sur dix-sept cas, se montraient des troubles névro ou psychopathiques ; c'est, on le voit, l'idée générale qui ressort de toutes ces recherches.

A notre tour, pour compléter cette étude clinique et pour bien montrer que la forme des obsessions ou des impulsions ne modifie pas le fond même de la maladie, nous allons présenter quelques observations de perversions sexuelles différentes de l'inversion du sens génital. Ces faits mettront en saillie des phénomènes tellement tranchés, qu'on pourrait croire à des formes particulières de maladies mentales, tandis qu'ils constituent simplement quelques-unes des variétés séméiologiques sous lesquelles peuvent se présenter les dégénérés.

[1] Krafft-Ebing. — *Ueber gestisse Anomalien des geschlechtstriebs und die Klinisch-forensische Verwerthung derselben als eines wahrscheinlich functionellen degenerationszeichens des centralen nervensystems.*—(*Arch. f. psych*; VII, 1877 : *Conträre sexualempfindung*, p. 305.)

A[illegible] II. — *Mère hystérique; migraine chez le frère.* [illegible] *d'onanisme. A dix ans impulsions à laisser tomber* [illegible] *objets des mains; plus tard, il est poussé à regarder les fesses des femmes, des petites filles et aussi l'anus d'un garçon habillé, le garçon nu le laisse indifférent. Les tableaux représentant des femmes nues et des statues l'excitent. — Tendances mélancoliques. — Idées de suicide.*

M. X..., médecin, âgé de trente-trois ans, en proie à une profonde tristesse, vient, au mois d'octobre 1881, demander conseil à l'un de nous pour les phénomènes étranges qu'il éprouve. Sa mère, atteinte d' [illegible] des attaques et des périodes de vive excitation i[illegible] père, mort à soixante-quatorze ans, était ast[illegible] ses frères est migraineux; quant à lui, dès l'âge de dix ans, il a été l'objet d'obsessions auxquelles il avait beaucoup de peine à résister; c'est ainsi que tenant un objet à la main, une assi[illegible]te par exemple, il se sentait poussé à la laisser tomb[illegible]e. Pendant deux ans, il a dû résister à cette dispositi[illegible]tive qui, d'ailleurs, a fini par disparaître. Il s'est de tout temps adonné à l'onanisme; il a fait des études médicales avec beaucoup de peine, non point qu'il fût dénué d'intelligence, mais parce que le travail le fatiguait promptement. Depuis huit ans surtout, il avait beaucoup de difficulté à suivre une idée, à appliquer son esprit à l'étude; il lui semblait qu'il comprenait plus difficilement et que ses conceptions étaient plus lentes. Vers cette époque, il a commencé à éprouver des phénomènes étranges : quand il voyait une femme, sa pensée se portait vers la région fessière et il ne pouvait s'empêcher de regarder les fesses. Cette obsession devenait plus pressante dès qu'il s'agissait de petites filles. Dans les foules il se frottait contre les fesses des femmes; mais dès que l'érection survenait, il s'empressait de s'éloigner et d'éviter les groupes. Il fuyait et évitait les tableaux et les statues représentant les femmes nues, parce qu'ils réveillaient en lui les idées obscènes qui lui sont désagréables.

Pendant toute l'année 1880, il ne pouvait voir un petit garçon sans que ses yeux se portassent sur la partie inférieure du dos et que l'idée de l'anus vînt s'implanter dans son esprit. Il en était très malheureux, car il n'a jamais eu de tendance à la pédérastie, et ses rapports sexuels ont toujours été normaux. Il est bon de noter que l'enfant à l'état de nudité

le laisse indifférent et qu'à l'amphithéâtre et dans les salles de dissection, il n'avait aucune idée bizarre. Depuis un an, il offre des alternatives d'excitation et de dépression, et parfois surviennent des idées de suicide ; il voudrait, dit-il, se brûler la cervelle.

Le fait saillant est assurément l'obsession singulière qui dirige le regard du patient vers la région fessière des femmes, et qui le pousse à la recherche de l'anus d'un petit garçon habillé, le garçon nu ne l'impressionnant pas. Ici encore ce syndrome n'est qu'un épisode d'un état maladif qui prend sa source dans l'hérédité, et qui offre d'autres impulsions, une émotivité extrême, des tendances mélancoliques et des idées de suicide, disposition dépressive qui persiste en dehors des idées obsédantes. C'est donc toujours le même état psychopathique avec des couleurs différentes dans les manifestations.

Nous devons l'observation suivante à l'obligeance de notre excellent confrère M. Blanche, qui a bien voulu la détacher de sa riche collection pour nous permettre de la joindre à notre étude.

OBSERVATION III. — *Hérédité névropathique. — Convulsions dans l'enfance ; à six ans obsession pour la recherche des clous des souliers des femmes ; exaltation ; création d'histoires fantastiques ayant pour objet des clous ; spasmes, érection et éjaculation au souvenir de ces histoires et aussi au contact des clous. — Accidents hystériques ; idées hypochondriaques ; hallucinations. Phimosis et conformation vicieuse de la verge.*

M. X..., âgé de trente-quatre ans, marié, est né d'un père et d'une mère qui avaient tous deux un tempérament excessivement nerveux ; sa mère principalement, qui vit encore, et qui est âgée de soixante-douze ans, a toujours été et est encore,

ırd ıi, dans un état presque permanent de surexcitation ›use mentale.

… première enfance, M. X... a eu des convulsions très … auxquelles il a failli succomber. D'une intelligence e… ement précoce, il savait lire à trois ans ; mais d'un autre c… ıl ne marchait pas encore, et ses forces physiques étaient b… en retard sur ses facultés intellectuelles.

Il avait aussi déjà une grande exaltation cérébrale, et c'est à cette époque que remonte le début de la névrose dont il est atteint, et dont il n'a jamais cessé, depuis, d'être tourmenté.

Vers l'âge de six … X... était déjà poussé par un instinct irrésistil … s pieds des femmes pour voir s'il n'y avait pas de clous à leurs souliers ; lorsqu'il y en avait, la vue de ces clous lui produisait dans tout son être un bonheur indéfinissable. Deux jeunes filles, ses parentes, logeaient dans sa famille ; il se r… ait dans l'endroit où leurs souliers étaient déposés ; il s'en emparait d'une main fièvreuse et frissonnante ; il touchait les clous, il les comptait, il ne pouvait pas en détacher ses regards, et le soir, dans son lit, il reportait sa pensée, alternativement, sur l'une ou l'autre de ces jeunes filles, et il lui faisait jouer un rôle fantastique qu'il imaginait ; il voyait sa mère la conduire chez le cordonnier, il l'entendait commander de garnir de clous les souliers de sa fille, il voyait le cordonnier poser les clous et remettre les souliers à la jeune fille ; puis, il cherchait à se rendre compte des sensations que celle-ci éprouvait en marchant avec ses souliers à clous ; enfin, il infligeait à la jeune fille les tortures les plus cruelles, il lui clouait des fers sous les pieds, comme l'on fait aux chevaux, ou bien il lui coupait les pieds, et en même temps il se masturbait ; mais ce n'était pas seulement pour se procurer la jouissance matérielle qu'on y trouve : c'était plutôt pour servir d'accompagnement à l'histoire fantastique qui charmait son imagination.

Ces faits se reproduisaient assez fréquemment. M. X... ne tentait aucun effort pour les empêcher ou les éloigner ; il savourait, sans remords, le plaisir sensuel qu'il en retirait ; il était encore un enfant, et il ne comprenait pas la portée des actes auxquels il se livrait.

On le mit de bonne heure en pension ; ne voyant que très peu de femmes, il y fut moins surexcité ; il réfléchit, il s'exa

mina, et il pensa, par intuition, qu'il pouvait y avoir là un mal moral et une habitude dangereuse.

Il résolut alors énergiquement d'y mettre un terme; la lutte fut opiniâtre, mais elle n'aboutit qu'à rendre les crises plus rares; il avait à soutenir des assauts terribles : la tête en feu, les membres raidis, les dents serrées, les poings fermés, il cherchait tous les moyens de calmer ses sens; puis, à cet état violent succédait, tout à coup, une prostration complète, il était comme anéanti, et il n'avait plus ni volonté, ni résistance.

Survint une nouvelle aggravation. Les accidents, qui ne se manifestaient que la nuit et dans le lit, se produisirent pendant le jour; alors qu'il était le plus appliqué au travail, et qu'il espérait y trouver une diversion salutaire, il se sentait envahi par une force supérieure à sa volonté; une de ces histoires fantastiques dont il a été déjà question, lui revenait à l'esprit, malgré lui, phrase par phrase; et en même temps, arrivait une érection, qui aboutissait bientôt à une éjaculation, sans qu'il portât la main à la verge pour y aider, car, au contraire, il aurait voulu que l'éjaculation n'eût pas lieu, parce qu'elle l'empêchait de continuer et de finir son histoire, et qu'il préférait de beaucoup le plaisir qu'il ressentait de l'histoire, à celui que l'éjaculation lui procurait.

Cet état ne subit pas de variations notables pendant que M. X... fut en pension.

Pendant les vacances, le mal augmentait, parce que M. X... se retrouvait nécessairement en compagnie de femmes, et il augmenta plus encore pendant un séjour de quinze mois que M. X... fit à la campagne, chez une de ses parentes, après avoir terminé ses études : il voyait souvent deux jeunes filles, ses cousines, qui habitaient dans le voisinage, et il passa ces quinze mois dans un état incessant de surexcitation : lorsqu'il était seul dans le jardin, assis sur un banc, il se racontait à lui-même une de ces histoires fantastiques, dont les deux jeunes filles étaient naturellement devenues les héroïnes du moment; en même temps qu'il se racontait une histoire, il pressait sur sa verge à travers son pantalon, et il éjaculait, si l'histoire durait assez de temps pour que le but de la masturbation fût atteint; mais si son histoire était finie avant que l'éjaculation ait eu lieu, il s'en tenait là, et cessait de se masturber; le lendemain et les jours suivants, il recommençait,

.nt soin de s'arrêter dès qu'il sentait que l'écoulement du e allait arriver. D'un autre côté, quand il était avec les s filles, il cherchait à voir les clous de leurs souliers. Une s s'en étant aperçue, et sans que M. X... lui eût rien dit, ınquait jamais, surtout lorsqu'elle avait des souliers de passer son pied sur le sien, en appuyant légèrement, .nière à lui faire sentir les clous. Ce contact amenait atement une éjaculation occasionnée non pas par l'im- .ı de la femme, mais par celle des clous. Plusieurs fois ıe, il lui est arrivé de prendre les souliers des jeunes filles s l'endroit où ils étaient déposés, et il lui suffisait de poser ..trémité de sa ve[illegible] pour que, sans aucune pression de la main, [illegible] lieu aussitôt.

A l'âge de dix-huit ans, M. X... vint à Paris pour y étudier le droit; il vivait chez ses parents. Pendant son séjour à la campagne, il n'avait pas fait d'efforts pour résister à ses entraînements, mais dès son arrivée à Paris, il avait pris la résolution de recommencer la lutte qu'il avait déjà entreprise vainement, à l'époque où il avait été mis en pension. Il ne réussit qu'à éloigner les accès; il s'estimait heureux quand il y échappait pendant deux semaines; mais la résistance n'était jamais plus longue, et quand elle s'affaiblissait, il se retournait instinctivement dans la rue pour écouter marcher les femmes; il avait acquis sur ce point une telle finesse d'ouïe, qu'il se trompait rarement sur celles qui avaient des clous à leurs souliers; alors, tout son corps était agité par un frémissement voluptueux, de même que lorsqu'en passant devant des boutiques de cordonniers, il voyait mettre des clous à des chaussures de femmes, ou même qu'il voyait exposées des chaussures de femmes, garnies de clous.

M. X... n'eut de trêve que deux fois : à l'époque où il était amoureux de jeunes filles qu'il voulait épouser. Quoique éperdument amoureux, et prenant même certaines privautés qui n'étaient pas repoussées, il était maître de lui, et ne satisfaisait pas ses désirs; mais l'amour ayant disparu en même temps que les projets de mariage qui n'avaient pas eu de suite, il retomba sous l'empire de ses idées; il se remit à se raconter ses histoires, dans lesquelles les deux jeunes filles avaient le principal rôle, et il se livra, de nouveau avec fureur, à ses pratiques de masturbation.

Plusieurs années se passèrent ainsi. Cependant et peut-être

avec quelque espoir de soulagement à ses souffrances, M. X..., se maria, et durant les premiers mois qui suivirent son mariage, il y eut pour la troisième fois une trêve dans les accidents, mais elle fut de courte durée.

Vers 1868, des modifications notables se produisirent dans son état et, depuis, cet état est resté à peu près le même.

A la vue des objets qui les provoquaient autrefois, les érections n'existent presque plus; et, par contre, les spasmes nerveux qui lui donnent, sans l'aide de la masturbation, le plaisir qu'il recherche, ont accru d'intensité. M. X... éprouve, en tout temps, une douleur vague au sommet de la tête; il lui semble que cette partie du crâne est moins épaisse que le reste, et qu'elle n'a que la consistance d'un cartilage; cependant, c'est précisément cette portion de la paroi crânienne qui lui paraît exercer une compression sur son cerveau, et il lui arrive souvent de saisir ses cheveux et de les tirer de toutes ses forces à cet endroit pour soulever cette région du crâne, et faire cesser la compression; la douleur y est, par moments, très violente. C'est là que commence le spasme, lorsque M. X... est en présence des objets qui le produisent : son cerveau semble entrer en ébullition et vouloir soulever le crâne; de là, la sensation descend par la nuque, suit la colonne vertébrale, et se répand dans les bras et dans les jambes, semblable à une secousse électrique; en même temps, sa gorge se serre, sa poitrine se contracte et d'après ce qu'on lui a dit, son visage s'anime, ses regards s'allument d'un feu étrange, et sa physionomie prend une expression de stupidité sensuelle. Il éprouve un frémissement intérieur dans la verge, mais il n'y a pas d'érection, et s'il appuie sa main sur son bas-ventre, il arrive, par une légère pression, à augmenter l'intensité du spasme, et à en prolonger la durée. Cette intensité n'est d'ailleurs pas toujours la même, elle varie suivant les circonstances : elle est moindre, par exemple, si M. X..., causant avec un cordonnier, celui-ci lui parle, d'une manière générale, des clous que l'on met aux chaussures de femmes; elle est plus forte s'il est question de femmes qu'il connaît, ou, si au lieu de dire : *mettre des clous à des bottines de femmes,* le cordonnier dit : *ferrer des bottines de femmes,* et mieux encore *ferrer des femmes*; l'intensité augmente aussi graduellement si M. X..., après avoir vu les chaussures dans la boutique du cordonnier, les voit aux pieds d'une femme, s'il y a beaucoup de clous, et si les clous sont

gros, s'ils sont posés à des souliers, plutôt qu'à des bottines, et si la femme qui les porte est jeune, jolie et élégante. L'impression est parfois telle, qu'il est sur le point de s'évanouir, ou bien il est pris d'un rire nerveux et incoërcible, qui dure plusieurs minutes.

M. X... se procure encore ses spasmes en se faisant mettre à ses propres chaussures des clous qu'il garde pendant quelques heures, et qu'il enlève ensuite pour les poser sur des morceaux de carton qu'il découpe, en leur donnant la forme de la semelle d'une bottine de femme, et surtout d'une femme qu'il a remarquée; il lui est arrivé aussi d'acheter des souliers de femmes, d'y faire mettre d[illegible]i, et de les emporter; puis, quand il était seu[illegible]s clous, il écoutait le bruit qu'ils faisaient, en les posant par terre; enfin, il les approchait de l'extrémité de sa verge, ce qui déterminait presque toujours une éjaculation.

En dehors de ces crises spasmodiques, M. X... est sujet à d'autres accidents, qui se rapprochent de ceux déjà connus: c'est surtout quand il est plongé dans un travail absorbant, la tête dans les mains, méditant profondément sur une affaire: tout à coup, *ses idées* se présentent à son imagination; il tâche de les chasser; elles le harcellent comme des furies; alors, il sent comme un voile s'étendre sur son intelligence et y faire la nuit; ses yeux s'appesantissent, il se raconte à demi-voix une de ces histoires fantastiques, et en même temps, il se livre à la masturbation, soit directement avec la main, soit en serrant sa verge entre ses cuisses, ou en la renversant sur sa chaise, et en la comprimant de tout le poids de son corps.

La santé générale de M. X... a longtemps résisté, mais depuis un an, elle s'est affaiblie et altérée. Après chaque crise, M. X... est le plus souvent envahi par un sommeil irrésistible; et d'un autre côté, il dort mal la nuit; il a de fréquentes et longues insomnies; il est sujet à des douleurs très violentes à la nuque, surtout à la suite d'un spasme avec ou sans masturbation; il sent comme des marteaux frappant à coups redoublés pour repousser le crâne, de dedans et de dehors; ces douleurs durent quelques heures; rien n'a encore pu les calmer; sa tête est entraînée en arrière, et il a besoin de l'appuyer pour la soutenir. Depuis quelque temps, il a des engourdissements et des fourmillements dans les membres inférieurs; les jambes lui semblent lourdes; il est encore bon marcheur, mais il a de la

peine à monter; il est souvent tourmenté par la soif, il doit boire de grandes quantités d'eau; il souffre aussi de granulations pharyngiennes. Les accidents qu'éprouve M. X... sont plus ou moins intenses, suivant les saisons : les mois de juin, juillet et août lui sont habituellement funestes; il est plus calme pendant les saisons tempérées, et aussi pendant l'hiver, sauf les jours où les clous de chaussures de femmes laissent leur empreinte sur la neige, ou sur la terre détrempée par de grandes pluies.

Pour compléter ce tableau, il reste à faire connaître M. X... au point de vue psychologique : M. X... est non seulement un homme intelligent, mais de plus il est très instruit en toute sorte de matières; il a la passion de l'étude; dans l'administration à laquelle il est attaché, il est considéré comme un employé très capable, très assidu, et il est chargé de rapports très importants et très délicats dont il s'acquitte d'une façon remarquable ; aussi ses services sont-ils très appréciés. En même temps qu'il a une grande puissance de travail, il a une imagination très exaltée ; il ressent très vivement les peines et les contrariétés, comme aussi les joies et les plaisirs. La surexcitation cérébrale va même parfois jusqu'à produire des illusions des sens, et presque des hallucinations. C'est surtout dans les moments où il lutte contre *ses pensées*, et contre les entraînements qui les accompagnent; il lui semble alors qu'un second être lui est juxtaposé et lui fait entendre, par des paroles qui lui retentissent dans le cerveau, que la résistance est inutile. Quand il a succombé, et que, désespéré, il prend la résolution énergique de ne plus céder, il croit entendre, toujours dans son cerveau, comme une voix qui lui fixe le jour où il cédera de nouveau. Cette voix, qui lui semble être celle d'un être qui lui est étranger, et non l'écho de sa pensée à lui-même, il l'a entendue aussi pendant les intervalles les plus longs de calme qu'il ait eus, lorsqu'il était amoureux et avait le projet de se marier ; et plus tard, pendant les trois premiers mois de son mariage, et c'était aussi pour lui indiquer le jour où il succomberait. Lorsque ce jour approche, M. X... redouble de précaution pour éviter tout ce qui pourrait aider à sa chute; il y met de l'amour-propre ; c'est comme un duel entre l'être étranger et lui ; mais le jour arrivé, une sensation de langueur s'empare de toute sa personne, son intelligence s'obscurcit, et la crise ne peut être évitée.

gularités, c'est ainsi qu'il s'essuye la figure avec une peau de lapin. A plusieurs reprises et à des époques différentes, il a eu des hallucinations pénibles la nuit, sans que l'on ait pu les attribuer à l'alcoolisme. La sœur du malade, âgée de trente-huit ans, demeure avec le père, elle n'a jamais eu de disposition pour le mariage, elle a refusé deux partis fort convenables, et un jour étant allée au théâtre, elle a témoigné le désir d'épouser un acteur vieux et très laid qu'elle avait vu jouer, mais qu'elle ne connaissait pas autrement. Un frère, âgé de trente-deux ans, d'une santé physique excellente, est resté rebelle à toute discipline, a fait des études très incomplètes, après avoir essayé vainement de plusieurs métiers, a fini par se faire cocher et a épousé la cuisinière. M. L... était studieux, mais il apprenait avec difficulté. N'ayant pas acquis l'instruction suffisante pour embrasser une profession libérale, il se fit d'abord tapissier, puis imprimeur, plus tard coiffeur, pour devenir enfin clerc d'huissier, clerc de notaire et commis dans une maison de commerce. De tout temps, il a eu la fantaisie d'acheter des bibelots, des objets d'art, et pour satisfaire ses goûts, il se privait des choses les plus indispensables et faisait des économies sur la nourriture et sur les vêtements. Il est d'une timidité extrême, il se trouble et balbutie devant les clients, il est incapable d'écrire devant ses parents; dès qu'on l'observe, il ne peut plus former les lettres et trace des caractères illisibles. A l'âge de cinq ans, ayant couché pendant cinq mois dans le même lit qu'un parent âgé d'une trentaine d'années, il éprouva pour la première fois un phénomène singulier, c'était une excitation génitale et l'érection, dès qu'il apercevait son compagnon de lit se coiffer d'un bonnet de nuit. Vers cette même époque, il avait l'occasion de voir se déshabiller une vieille servante, et dès que celle-ci mettait sur sa tête une coiffe de nuit, il se sentait très excité et l'érection se produisait immédiatement. Plus tard l'idée seule d'une tête de vieille femme ridée et laide, mais coiffée d'un bonnet de nuit, provoquait l'orgasme génital. La vue du bonnet de nuit seul n'exerce que peu d'influence, mais le contact d'un bonnet de nuit provoque l'érection et parfois l'éjaculation. Par contre, il se souvient qu'à sept ans il était resté absolument réfractaire aux tentatives de masturbation faites sur lui par un de ses camarades d'école. Il n'a jamais recherché les rapports anormaux; il affirme que la vue d'un homme ou d'une femme nus

le laisse absolument froid. Jusqu'à trente-deux ans, époque de son mariage, il n'aurait pas eu de relations sexuelles; il épouse une demoiselle de vingt-quatre ans, jolie et pour laquelle il éprouvait une vive affection. La première nuit des noces, il reste impuissant à côté de sa jeune femme; le lendemain la situation était la même lorsque, désespéré, il évoque l'image de la vieille femme ridée, couverte du bonnet de nuit; le résultat ne se fait pas attendre, il peut immédiatement remplir ses devoirs conjugaux. Depuis cinq ans qu'il est marié, il en est réduit au même expédient, il reste impuissant jusqu'au moment où le souvenir rappelle l'image favorite. Il déplore cette singulière situation qui le force, dit-il, à la profanation de sa femme. Quelquefois, mais à de très rares intervalles, il a des hallucinations la nuit, celles-ci ont déjà fait leur apparition à l'âge de dix ans et il en a eu encore l'année dernière : il voit plus habituellement une bête noire qui veut le saisir au cou. Dès son enfance, il a eu également des accès passagers de profonde tristesse avec des idées de suicide, plus particulièrement de submersion et de pendaison; il a songé aussi quelquefois à s'empoisonner; mais il n'a pas le courage, dit-il, de le faire; il hésite aussi à cause de l'affection qu'il éprouve pour sa femme. Il éprouve également des craintes vives quand il monte sur l'impériale d'un omnibus; il est pris de vertiges et de nausées, il se voit très élevé, il s'imagine n'avoir rien pour se soutenir et il lui semble qu'il va tomber. Il ne peut, sans de grandes appréhensions, regarder par la fenêtre d'un troisième ou d'un quatrième étage. En passant à côté d'une maison élevée, il craint qu'elle ne s'écroule sur lui.

Chez ce malade, véritable héréditaire, les troubles psychopathiques sont nombreux. Dès l'âge de cinq ans, sans nulle préparation, passivement en quelque sorte, L... est envahi par l'idée maladive et devient l'esclave de l'obsession la plus étrange; le bonnet de nuit à partir de ce jour, va peser sur toute son existence. Qui peut se douter d'une situation aussi profondément triste, en dehors du malade et du médecin, à qui il fait ses confidences? Et cependant que de symptômes révèlent chez cet homme la prédisposition

morbide qu'il tient de ses parents : hallucinations, obsessions de toute nature, impulsions, craintes imaginaires, émotivité extrême, tendances mélancoliques, idées de suicide ; rien n'y manque. A un examen superficiel, cet homme ressemble à tous les autres, il vit de la vie commune, tandis qu'au contraire tout est chez lui lutte, artifice et contrainte ; chaque minute voit naître un motif nouveau d'angoisse et de perplexité.

Voilà l'état maladif. Comment pourrait-on le soupçonner si, partant de l'étude des facultés de l'âme, on s'en tenait aux simples spéculations psychologiques ?

OBSERVATION V. — *Hérédité morbide convergente. — Intelligence mal équilibrée ; conformation vicieuse du crâne ; à quinze ans obsession impulsive le poussant à voler des tabliers blancs pour se masturber ; rêves de tabliers blancs ; quelquefois couche avec le tablier blanc ; trois condamnations pour vol de tabliers blancs ; ordonnance de non-lieu pour le dernier vol. — Dépression mélancolique ; tendances au suicide.*

C... (Auguste), journalier, âgé de trente sept-ans, entre pour la seconde fois à Sainte-Anne le 24 novembre 1881. Il offre une double hérédité morbide, son père alcoolique est mort d'une cirrhose hépatique ; son oncle paternel est mort aliéné à l'asile de Pontorson. La mère et la sœur nerveuses, irritables, sont toutes deux portées à la mélancolie. Un frère faible d'esprit a eu à vingt ans un accès maniaque. Lui-même, dont le niveau intellectuel est peu élevé et les facultés mal équilibrées, présente des signes physiques de dégénérescence ; son crâne est mal conformé ; la bosse frontale droite et la bosse temporale gauche sont plus saillantes, le front est fuyant, et l'ensemble présente un notable degré de plagiocéphalie. A treize ans et demi, il aurait eu une fièvre typhoïde ; il est allé à l'école, il a appris à lire et à écrire, mais il a été peu appliqué et toujours irrégulier dans son travail et sa conduite. A quinze ans, il aperçoit flottant au soleil, un tablier qui séchait, éblouissant de blancheur, il approche, s'en empare, serre les cordons autour de sa taille et s'éloigne pour aller se masturber au contact du tablier derrière une haie.

Depuis ce jour, les tabliers l'attirent, il ne peut s'empêcher de les prendre, s'en sert pour pratiquer l'onanisme, puis le replace dans le lieu où il l'a pris, ou bien il le jette ou le laisse chez lui dans un coin. Quand il aperçoit un homme ou une femme avec un tablier blanc, il les suit, ne tenant aucun compte du sexe, le tablier seul offrant tout l'attrait.

En 1861, les parents voulant mettre un terme aux vols de tabliers, le font engager dans la marine ; il avait alors seize ans. A bord du navire, ne voyant plus de tabliers, il se calme et son esprit reste en repos : « Je n'y pensais pas, dit-il, je n'en voyais pas. » Rentré en France en 1864, il passe deux mois de congé à Pontorson; la vue des tabliers le pousse de nouveau à s'en emparer et à se livrer à l'onanisme. Souvent il ferme les yeux et éprouve une très vive satisfaction à se représenter le tablier blanc, flottant, tel qu'il lui était apparu la première fois. La nuit il rêve aux tabliers blancs. Il est poussé à prendre les tabliers et non autre chose ; il y aurait eu, dit-il, cent francs, mille francs, à côté du tablier qu'il se serait uniquement emparé de celui-ci et non de l'argent.

En 1865, pendant un congé de quinze jours, il est arrêté par la police pour vol d'un tablier blanc. Devant le tribunal, il raconte ses obsessions, ses impulsions, mais on rit, il n'est pas écouté et se voit condamner à huit jours de prison. Quelques années après, à Cherbourg, étant sur le cuirassé *l'Atalante*, pendant une permission de vingt-quatre heures, il vole un tablier qui sèche au soleil; surpris en flagrant délit, il s'enfuit, se cache, ne rentre à bord qu'au bout de neuf jours. Il raconte ce qui lui est arrivé, il insiste en affirmant que c'est la vérité, le conseil de guerre se montre, dit-il, indulgent, laisse de côté la désertion et ne le condamne qu'à un mois de prison. A Rochefort, étant sur la canonière *la Comète*, en 1870, il obtient une permission de vingt-quatre heures. Il flânait dans les rues, lorsque passant devant la porte d'un pâtissier, il aperçoit dans une armoire une pile de tabliers blancs, très propres et bien pliés. La boutique étant surveillée, il n'ose pas y entrer. Il guette dans la rue, sombre, triste, attentif à ce qui se passe, ne perdant pas l'armoire de vue et poursuivi par l'ardent désir de s'emparer de ces tabliers. Les heures s'écoulent, la nuit arrive, il ne quitte point son poste; enfin la boutique se ferme; lorsque les lumières sont éteintes, que tout bruit a cessé, il escalade un mur, descend dans une cour, pénètre dans la bou-

tique, met la main sur les tabliers et au moment où il se retire il renverse un meuble, dont le bruit attire l'attention; on accourt, on l'arrête tenant son tablier.

Devant le conseil de guerre, l'avocat réclame une enquête médico-légale, on refuse, il est condamné à un an de prison. Après avoir subi sa peine, il veut fuir les tabliers et s'engage sur un transatlantique, où il passe près de deux ans. Au retour il est triste, découragé, se sent impuissant à résister aux obsessions et pour échapper à de nouveaux malheurs, il forme le projet d'entrer au couvent de la Trappe. On l'admet après de pressantes démarches. Très fervent au début, il embrasse avec joie la vie monastique : il se lève à deux heures du matin; s'inflige la discipline, se frotte le corps avec des orties, s'enfonce des épines sous la peau, et malgré ce dur régime, jouit d'un repos relatif, n'étant plus obligé de lutter contre ses obsessions. Cependant au bout de trois ans, son zèle religieux commençant à fléchir, il quitte le couvent et pendant quatre ans, de 1876 à 1880, il se place dans des pensions ou des collèges, comme garçon de table ou de dortoir, et peu à peu reprend ses anciennes habitudes, dérobant tantôt un tablier blanc, d'autres fois en achetant et reprenant avec eux ses pratiques d'onanisme : il couchait même quelquefois avec un tablier blanc. En avril 1880, il quitte sa place, passe sa journée au cabaret, et le soir il est arrêté à Bercy escaladant un mur pour s'introduire dans une maison. Une perquisition faite chez lui amène la découverte d'une collection de tabliers blancs maculés de sperme. Cette fois une enquête médico-légale est suivie d'une ordonnance de non-lieu et il entre à Sainte-Anne le 23 mai 1880.

Au bout d'un an de séjour, il est rendu à la liberté; mais il est triste, sombre, découragé, devient irritable, et forme parfois des projets de suicide. En six mois, il fait cinq places, et après une période de dépression avec idées mélancoliques il est ramené à l'asile. Il raconte qu'il n'a plus dérobé de tabliers, mais qu'ayant eu des relations avec une femme, il avait eu recours au souvenir du tablier blanc et qu'il l'avait évoqué aussi en se livrant à l'onanisme.

L'obsession chez ce malade atteint un tel degré d'intensité que non seulement il se soumet volontairement à une faction des plus prolongées, mais ne craint pas

de s'exposer à de grands dangers pour aboutir à quoi? à la conquête d'un tablier blanc. Il subit plusieurs condamnations, mais impuissant à dominer ses désirs, il essaye des moyens héroïques : voyages en mer, puis refuge dans un couvent. Mais à peine touche-t-il à terre, qu'il recommence ; à peine est-il sorti du cloître qu'il s'empresse d'acheter ou de voler des tabliers blancs. C'est là une fatalité poursuivant ce malheureux et pesant de toute sa force sur son existence. Ici, ce n'est encore qu'un phénomène morbide saillant, s'associant à des périodes mélancoliques sur un sujet entaché de dégénérescence.

Ces quatre cas de perversion de l'instinct génital sont suffisants pour démontrer que ces délires multiples ne sont que des épisodes variés de la même maladie ; chez tous ces malades l'hérédité fait sentir son influence[1].

[1] Nous rappelons encore les deux observations suivantes de perversion de l'instinct génital. Dans le premier cas, il s'agit d'une fille de vingt-neuf ans dont la mère est hystéro-épileptique, et dont le père mélancolique, est mort à la suite d'accidents cérébraux aigus. Laissant de côté les autres désordres psychopathiques, arrêtons-nous aux troubles sexuels.

« Depuis huit ans, elle est sous le coup d'impulsions nymphomaniaques d'une nature particulière : elle éprouve un besoin irrésistible de cohabitation avec un de ses jeunes neveux. Elle a cinq neveux dont l'aîné est âgé de treize ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs, sa vue la mettait dans un état d'excitation extrême, elle éprouvait des sensations voluptueuses qu'elle était impuissante à réprimer, qui s'accompagnaient de soupirs, d'inclinaisons de tête, de déviations des yeux, de rougeur de la face, quelquefois de spasme et de sécrétions vaginales ; elle se sentait poussée à le suivre et à l'approcher d'elle. Plus tard, quand il a grandi et à la naissance du second frère, c'est ce dernier qui est devenu l'objet de ses convoitises maladives, puis enfin le troisième, le quatrième et actuellement c'est le dernier venu âgé de trois ans dont son esprit est préoccupé. Elle se sent poussée à l'attirer près d'elle. Parfois elle le voit nu debout, elle croit même l'entendre ; parfois elle croit même que l'acte s'accomplit ; à table, en public, elle se voit découverte, l'enfant étendu sur elle ; dans cette hallucination, elle n'aperçoit pas l'image entière de l'enfant, le tronc seul est visible avec les organes

De très bonne heure, avant même qu'une éducation vicieuse, comme nous l'avons déjà dit, ait eu le temps de modifier l'individu, l'impulsion se montre pressante, impérieuse, avec tous les caractères d'irresponsabilité qui la font distinguer. Mais qu'à la place des clous de souliers, de bonnets de nuit, ou de tablier blanc on considère que l'obsession ait l'homme pour objet, les phénomènes se dérouleront de la même manière ; et, il faut bien le

génitaux appliqués sur les siens. Très émue, elle adresse de pressantes questions à ses voisins, leur demandant s'ils ne voient rien, et n'ont rien vu.

« Cette malade est très lucide, elle est désolée et honteuse de ces singuliers désirs, elle est tranquille, travaille et s'occupe toute la journée ; elle sort de temps à autre, et va dans sa famille pour essayer en quelque sorte ses forces ; mais encore la vue de son neveu l'impressionne vivement ; à table, dans sa famille, elle se place loin de lui, mais pendant toute la durée du repas, elle éprouve des spasmes, du malaise à l'estomac, une constriction à la gorge, et la lutte lui devient des plus pénibles. Elle n'a jamais cédé à cette perversion instinctive et elle a toujours évité le contact des petits garçons. »

Dans la seconde observation il est question d'un peintre en bâtiments âgé de quarante-quatre ans.

« Il avait depuis longtemps contracté des habitudes d'onanisme qui ont presque entièrement cessé depuis un an ; il faisait souvent des dessins obscènes qu'il distribuait à ses camarades. Il s'est habillé aussi deux fois en femme étant seul dans sa chambre. Depuis deux ans, il n'a plus d'érection, ne peut plus avoir de rapports sexuels, mais il a parfois des pertes séminales. Depuis cette époque, dit-il, il se sent poussé à des actes contre nature. A la tombée de la nuit, il se dirige vers les rassemblements, aux stations d'omnibus, auprès des bateleurs, il s'approche et se place derrière une femme, cherchant de préférence la plus grosse ; puis il retire sa verge qui reste flasque et se frotte contre les fesses de sa voisine. C'est pendant qu'il se livre à cet exercice, à la station d'omnibus de la place Clichy, qu'il est arrêté par un agent des mœurs. Il a été, dit-il, pour le *frottage*, condamné à quatre mois de prison, ce qui est exact.

« Sa femme est crémière, et c'est lui qui ouvrait la boutique tous les matins, plaçait le lait sur le feu et servait les premiers clients. A plusieurs reprises, il n'a pu s'empêcher, dit-il, de tremper ses organes génitaux dans la boîte au lait, il s'essuyait tout aussitôt ; le contact du lait lui donnait une sensation de velours. Il n'hésitait pas à distribuer ce lait aux clients et il puisait sans répugnance à cette même boîte pour son déjeuner. » (Magnan. — *Etude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés.* Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, le 23 janvier 1881, *Tribune médicale*, mars 1881.)

reconnaître, l'histoire de tous ces malades offre beaucoup de parenté. Ils sont, pour ainsi dire, coulés dans le même moule, ils ne diffèrent les uns des autres que par le degré plus ou moins accusé de dégénérescence intellectuelle.

Si, quittant le domaine de la sphère génitale, nous observons ce qui se passe dans les autres états impulsifs, dans la dipsomanie par exemple, où l'irrésistible besoin de boire s'empare du sujet, nous voyons dans les deux cas, les mêmes luttes, les mêmes résistances, les mêmes angoisses, et habituellement, coûte que coûte, la satisfaction finale du besoin maladif. Chez quelques-uns de nos impulsifs même, comme dans la dipsomanie, on observe une certaine intermittence, et c'est par accès que se présentent les excitations impulsives : c'est là un caractère de plus de la folie héréditaire.

D'après ce qui précède, nous n'avons pas besoin d'insister sur la haute portée séméiologique de ces différents phénomènes. Ces obsessions, ces impulsions qui, par le seul fait que le malade en a conscience, affectent certaines allures de bénignité, sont, au contraire, les manifestations d'un état toujours grave. Il faut des terrains de choix (prédisposition héréditaire, dégénérescence) pour que pareille floraison puisse se produire ; aussi, vient-on à fouiller dans la vie pathologique de ces individus, on ne manque pas, à moins de réticences de la part du malade ou de la famille, de découvrir un état névro ou psychopathique des plus profonds.

RECUEIL DE FAITS

Sarcome de la moelle épinière, a marche latente, siégeant au point d'émergence du plexus brachial[1]; par le professeur Albert Adamkiewicz, de Kracovie (Autriche).

Le 29 septembre 1880 entra, dans le service médical de l'hôpital Saint-Lazare, un jeune homme âgé de seize ans, du nom de André Heak. On nous donna comme renseignement que le malade était très inquiet et peureux depuis quelques jours, qu'il ne dormait pas et ne pouvait plus prendre aucune nourriture, ni boisson, à cause des crampes du pharynx qui se manifestaient au moment de la déglutition.

Le malade, robuste, de taille moyenne, était si farouche et sauvage, que nous ne parvînmes à l'examiner qu'avec beaucoup de difficulté.

Cet examen nous démontra que les organes internes étaient intacts et que les organes des sens fonctionnaient normalement. Les mouvements actifs et passifs des extrémités, ainsi que le fonctionnement des muscles par groupe et isolés ne présentaient pas le moindre désordre.

Par contre, l'état psychique du malade était sensiblement altéré; il était surexcité, ne pouvait rester en place, tourmentait les autres malades et l'infirmier, à tel point qu'on dut le transporter dans la division des aliénés. A ce moment apparut un vrai délire furieux. Le patient courait à travers les corridors, criant et hurlant, frappait et mordait les infirmiers, sans qu'on parvînt à le calmer, même après l'administration de fortes doses de chloral hydraté. Des hallucinations apparurent aussi; le malade voyait sa mère, criait qu'on voulait la battre et la murer, et priait qu'on l'épargnât. A ces accès maniaques violents succédait un état de repos, pendant lequel le patient répondait avec calme aux questions qu'on lui posait et insistait beaucoup sur les douleurs qu'il éprouvait dans la région du cou. Lorsqu'en pareille occasion on le touchait dans cette région, il était pris, dans tout le corps, de crampes toniques et portait en même temps, en faisant une horrible grimace, la main à son cou,

[1] Communiqué dans la séance du 20 juin 1882 à l'Académie des sciences de Cracovie, section des sciences mathématiques et naturelles.

comme si on voulait l'étrangler. Ces accès se renouvelaient fréquemment et tout attouchement volontaire ou involontaire les provoquait. Il éprouvait une impression pénible quand on lui présentait une tasse de café par exemple, ou du pain. Le regard anxieux, la bouche ouverte, il prenait la tasse, puis la laissait retomber, en proie aux crampes du pharynx provoquées par la vue de ces aliments. Les bains chauds apportaient quelque soulagement, mais lorsqu'il fallait le sortir du bain, les crampes le reprenaient de nouveau.

A tous ces symptômes s'ajoutèrent de la salivation et de la faiblesse des membres inférieurs. Le malade toussait souvent, se mouchait beaucoup et crachait autour de lui. S'il essayait de se lever de son lit pour s'enfuir, il avait de la peine à se tenir debout, fléchissait et finalement retombait sur son matelas. Le troisième jour après son admission à l'hôpital, les symptômes prirent un caractère menaçant. La faiblesse des membres inférieurs se transforma en une paraplégie complète,qui débuta par la jambe gauche, puis prit la jambe droite. L'irritation réflexe était tellement accrue, que le plus léger souffle suffisait à provoquer les crampes. Le malade délirait constamment, il voyait sa mère murée, qu'on voulait brûler dans un four, des cheveux et des vers qui l'accablaient partout et qu'il retirait continuellement de son café. Ces manifestations n'étaient accompagnées ni d'un accroissement de la température, ni d'une plus grande fréquence du pouls.

Vers le milieu du troisième jour la scène changea tout à coup; la peau du malade devint rouge et molte, couverte de sueur, le pouls atteignit 120, le délire continua sans ordre, les pupilles se dilatèrent d'abord et se contractèrent ensuite; suivit une légère blépharoptose de l'œil droit. Finalement la respiration devint irrégulière, l'œdème du poumon survint et le malade mourut.

D'après la marche de la maladie, il n'était pas douteux que le malade avait été atteint de la rage et y avait succombé.

Ses antécédents avaient d'ailleurs contribué à la certitude du diagnostic. Peu de temps avant sa mort, ce garçon jouissait d'une santé parfaite, il était employé chez un boucher qui l'avait chargé de transporter la viande aux clients dans une voiture attelée d'un chien; le contact continuel avait familiarisé les chiens avec le défunt qui passait tous ses loisirs à s'amuser avec eux.

Or, il paraît que deux mois auparavant, on avait tué le chien d'un voisin, atteint de rage, qui en avait déjà mordu d'autres, et c'était précisément ce chien qu'on disait avoir vu le plus souvent dans la société du jeune homme. De l'aveu du malade ainsi que des renseignements obtenus, il résultait que celui-ci n'avait pas été mordu, d'ailleurs on n'a pu trouver sur le cadavre aucune cicatrice provenant de morsure.

A l'AUTOPSIE les altérations pathologiques étaient les suivantes :

Œdème du poumon, hyperhémie très prononcée de la pie-mère et une apparition tout à fait inattendue et intéressante du côté de la moelle épinière.

La partie inférieure de la moelle cervicale et particulièrement le segment inférieur du renflement brachial était le siège d'un gonflement de la nature d'une tumeur. A la formation de cette tumeur prenait part surtout la face antérieure et latérale de la moelle (Pl. V, *fig.* 1, 2, 4 et 5). La proéminence avait la forme d'une ellipse, elle comprenait toute la moitié gauche de la moelle et pénétrait dans la moitié droite de telle manière que la scissure longitudinale antérieure décrivait un arc de cercle autour d'elle. La tumeur s'étendait du cinquième jusqu'au septième nerf cervical et avait une étendue d'à peu près trois centimètres, son axe longitudinal se confondait avec celui de la moelle. Juste au milieu, c'est-à-dire sur le point culminant de la tumeur, reposait la racine antérieure du sixième nerf cervical.

Je veux immédiatement faire observer que cette racine, ainsi que les racines antérieures et postérieures des cinquième et septième nerfs étaient absolument normales au point de vue de leur rapport avec la substance médullaire et du nombre de leurs fibrilles.

La tumeur était lisse à sa surface, elle se présentait à l'œil comme une projection en fuseau de la moelle; la couche superficielle était composée de substance médullaire qui se confondait et se continuait sans interruption avec la moelle environnante.

Sur une coupe transversale pratiquée au milieu de la tumeur, on voyait une substance néoplasique, blanche, dure, circulaire, qui se distinguait par un contour très accentué du reste de la substance médullaire normale. C'était donc cette néoplasie qui, par sa présence dans l'intérieur de la moelle épinière, avait occasionné cette difformité. L'idée que les symptômes observés chez notre malade pouvaient avoir quelques rapports de causalité avec cette néoplasie, pouvait être réfutée d'avance. Les symptômes et particulièrement ceux qui auraient indiqué une lésion de la moelle à la naissance du plexus brachial n'ayant pas été constatés, il faut conclure que cette néoplasie a pu prendre ces dimensions relativement considérables et se développer avec une force extraordinaire aux dépens de la moelle, sans provoquer aucun trouble de ce côté.

Le fait était trop important et intéressant pour qu'on n'essayât pas d'en déterminer l'origine. Je fis durcir, à cet effet, la moelle malade dans du sulfate de picrine, solution préférable à l'acide chromique et à ses sels dont on se sert habituellement pour durcir le tissu nerveux, et je divisai la tumeur et le tissu ambiant en une série de coupes transversales.

La première particularité qui attirait l'attention, en regardant la tumeur par en haut, c'était l'asymétrie de plus en plus marquée des colonnes grises des deux moitiés de la moelle épinière.

Pendant que la substance grise de la partie saine, c'est-à-dire de la moitié droite de la moelle, conservait sa configuration naturelle, la corne antérieure de celle du côté gauche grossissait rapidement (Pl. V, *fig.* 1).

La corne antérieure gauche épaissie n'offrait tout d'abord rien de particulier (*Fig.* 1), on pouvait admettre que cet accroissement de volume était dû à une simple hyperplasie de la substance grise. Ce n'est que plus bas (*Fig.* 2) que cette masse néoplasique prenait un caractère différent.

On voyait au milieu de la corne épaissie une tache foncée (*Fig.* 2) qui se distinguait du reste de la moelle par une plus grande épaisseur de son tissu et une moindre transparence. En descendant plus bas encore, cette tache s'accentuait de plus en plus par un contour très net, et finalement la tumeur apparaissait, séparée du reste de la moelle, par une capsule très fine de tissu conjonctif (Pl. V, *fig.* 3).

Sur la coupe transversale cette tumeur avait la forme d'une ellipse couchée en travers (*Fig.* 3). Son bord antérieur était tranchant, lisse, arrondi et étroitement lié, par l'intermédiaire de la capsule, au tissu de la moelle; son bord postérieur était, au contraire, festonné, sinueux et ne formait pas avec le reste du tissu médullaire une couche continue.

Des deux pôles de cette ellipse, l'interne s'enfonçait profondément dans la masse de la colonne grise, l'externe avait comprimé la substance blanche à tel point qu'il n'en restait plus qu'une mince couche.

Plus bas la tumeur prenait une forme circulaire (*Fig.* 4) et continuait à empiéter de plus en plus en dedans sur la substance grise, en dehors, vers le bord de la moelle. Enfin ne trouvant plus assez de place entre ces deux substances, elle les refoulait complètement hors de leurs limites naturelles. A partir de ce point, la tumeur diminuait et se terminait par une forme arrondie un peu au-dessous de la septième racine cervicale, tranchant toujours nettement sur le reste de la moelle et séparée d'elle par la capsule de tissu conjonctif. Dans son ensemble, cette néoplasie avait la forme d'une baie. En haut son pédicule sortait de la substance grise, en bas, elle pénétrait dans la substance médullaire en comprimant ses éléments de la manière déjà décrite plus haut.

Au point de vue de la structure histologique, la tumeur, vue à un faible grossissement, offrait l'aspect d'un ensemble de pelotes entremêlées les unes dans les autres (Pl. V, *fig.* 4).

Pour mieux reconnaître les éléments histologiques qui formaient ces pelotes, je colorai quelques coupes de la moelle. Je me sers de préférence pour colorer les coupes de la moelle épinière du brun de Bismarck et du violet de gentiane. L'aniline qui y est contenue donne aux noyaux une couleur plus frappante et plus élégante que le carmin; de plus, le violet de gentiane a l'avantage tout particu-

lier de teindre en violet la substance blanche et en bleu la substance grise, les fibres radiées qui traversent la substance blanche ainsi que les vaisseaux, et le tissu conjonctif de la moelle[1].

Sur la coupe je trouvai la substance grise, les rayons blancs ainsi que le tissu de la tumeur colorés en bleu, la substance blanche seule avait la couleur violette. La *figure* 4 donne un dessin exact de cette coupe vue à un faible grossissement.

Je me propose de revenir plus tard sur le fait intéressant de la coloration identique de la tumeur, du tissu conjonctif, de la substance grise et des stries radiées de la substance blanche par le violet de gentiane.

Je dois avant tout mentionner ici qu'ayant examiné, sur des coupes colorées, les pelotes à un fort grossissement, elles avaient l'aspect d'un filet sans mailles composé de filaments onduleux et riches en noyaux, parcouru de grands et nombreux vaisseaux s'entrecroisant dans tous les sens. Sur chaque coupe, on voyait des parties tantôt plus riches, tantôt plus pauvres en noyaux, comme l'indique la *figure* 6. Cette différence tenait simplement à des circonstances optiques. Sur les filaments qui couraient parallèlement à la surface de la coupe, les noyaux paraissaient plus rares parce qu'ils étaient disséminés le long de ces filaments, tandis, que sur ceux coupés horizontalement ou obliquement, les noyaux se pressaient sur la coupe et paraissaient plus nombreux, faute de perspective. Tous ces noyaux étaient arrondis, légèrement ovalaires et ressemblaient aux fuseaux étirés en fibrilles du tissu conjonctif fibrillaire, disposition nettement appréciable sur des dissociations.

Notre tumeur était donc une néoplasie composée de jeunes cellules de tissu conjonctif, un fibrome à l'état jeune ou un *Sarcome vrai.*

En divisant la tumeur, le couteau fut arrêté par un point dur, osseux (*Fig.* 5). Ce point était situé au niveau de la plus grande circonférence de la tumeur et un peu en dehors de son centre ; il paraissait blanc à la lumière incidente et noir à la lumière réfléchie. Il était composé de petites boules opaques de grandeur et de forme irrégulières. On voyait à travers un fort grossissement une structure concentrique contenant des concrétions cristallines. Ces dépôts, insolubles dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme et l'ammoniaque, disparaissaient facilement sous l'influence de l'acide chlorhydrique et devaient être naturellement à base inorganique.

Les modifications que la tumeur avait fait subir à la substance blanche et grise de la moelle environnante, étaient très remarquables. Elle s'était tellement étendue dans la moitié gauche de la moelle, aux dépens de ces deux substances nerveuses (Pl. V, *fig.* 4

[1] *Die Blutgefäse des menschlichen Rückenmarkes. Sitzungsber. der K. K Akad. der Wiss. zu Wien. mathg. naturwiss. Classe, LXXXIV*, 1881)

et 5) qu'il n'en restait plus qu'une mince couche qui recouvrait, à peu près, les deux tiers internes de sa périphérie.

Cette couche avait la forme d'une faux, étroite au milieu, large à ses deux extrémités. La largeur de la partie étroite de la faux correspondait à peu près à la moitié de la largeur de la commissure (Pl. V, *fig.* 4 et 5). Tout ce que la tumeur, par son envahissement, avait laissé de substance blanche et grise, était contenu dans cette faux. La néoplasie avait donc réduit à une fraction minime le tissu médullaire par la compression.

Les deux substances avaient en même temps souffert de cette réduction. De la substance blanche c'est le cordon latéral qui avait le plus souffert. Il paraissait réduit à un mince filet logé entre la tumeur et la corne postérieure (Pl. V, *fig.* 4 et 5). Les cordons antérieur et postérieur avaient aussi subi une diminution semblable dans leur dimension normale.

Je donne ici les résultats de la mensuration micrométrique comparative de ces cordons des deux côtés de la moelle épinière.

Substance blanche. (Pl. V, *fig.* 5.)

1° *Cordons antérieurs des pyramides.*

	Côté malade.	Côté sain.
Largeur du bord antérieur de la corne grise antérieure (Vert).	0,72 mm.	0,95 mm.
Cordons antérieurs au milieu des pyramides (Rouge).	0,45 —	0,90 —
Au niveau de la commissure (Bleu.)	0,40 —	0,90 —

2° *Cordons postérieurs.*

	Côté malade.	Côté sain.
Au niveau de la commissure (Bleu.)	0,240 mm.	0,760 mm.
— de la tête de la corne postérieure (Rouge.)	0, 855 —	1,440 —

En résumé, nous pouvons dire *que le cordon latéral, réduit à des proportions minimes sur le côté de la tumeur au niveau de son grand diamètre, semblait complètement disparu dans le voisinage de la corne postérieure, et que les cordons antérieur et postérieur étaient réduits à peu près de moitié.*

Les modifications qu'avaient subies la substance grise n'étaient pas moins intéressantes.

La tumeur qui avait pris naissance dans la corne antérieure hypertrophiée au commencement (*Fig.* 1), avait comprimé la substance grise, au fur et à mesure de son développement, et l'avait réduite à un faisceau invraisemblable de fibrilles en forme de faux,

qui ne rappelait plus que par sa position, son origine et sa nature.

Le tableau comparatif suivant donnera une idée des perturbations que cette substance avait subies.

SUBSTANCE GRISE (PL. V, *fig.* 5).

	CÔTÉ MALADE.	CÔTÉ SAIN.
Bord antérieur de la corne antérieure (Gris). .	1,080 mm.	2,340 mm.
Largeur de la substance grise au niveau de la commissure (Bleu.)	0,630 —	1,350 —
La plus grande longueur de la corne postérieure (Rouge.)	0,405 —	1,440 —

La colonne grise avait donc perdu sur le parcours de la tumeur, c'est-à-dire sur une longueur de plus d'un centimètre, *de la moitié aux deux tiers de son diamètre normal.*

Ici se posait naturellement la question de savoir quelle était la nature des altérations anatomo-pathologiques que la tumeur avait déterminées dans son voisinage et dans quelles conditions se trouvaient la substance blanche et grise ainsi réduites ?

La tumeur s'était-elle développée aux dépens des tissus qui manquaient ? les avait-elle détruits ? Ou bien avait-elle réussi à s'étendre aux dépens des dispositions anatomiques des éléments de la moelle, en les disloquant et en les comprimant fortement, pendant sa lente croissance, sans les détruire ?

Il était facile de répondre à ces questions.

Si les éléments de la moelle ainsi comprimés avaient été détruits, la tumeur aurait produit l'effet d'une scission médiane de la moelle, et dans ce cas deux conséquences, faciles à constater, auraient surgi : une dégénérescence secondaire descendante du cordon latéral gauche et l'atrophie avec paralysie des groupes musculaires du bras correspondant, ainsi que des phénomènes spasmodiques et parésiques dans les couches musculaires profondes.

Immédiatement au-dessus ainsi qu'au-dessous de la tumeur, le tissu médullaire était absolument normal. Or, chez notre malade, l'examen minutieux et attentif ne nous avait révélé ni faiblesse, ni paralysie ; en un mot, aucun trouble fonctionnel dans les muscles du bras gauche.

Il résulte de ces faits que la tumeur n'avait pas détruit la substance médullaire, mais simplement comprimée après l'avoir disloquée.

Ce reste de substance blanche et grise disloquée et comprimée devait non seulement contenir le *nombre normal de fibres et de ganglions médullaires, mais encore fonctionner normalement.*

En examinant la moelle malade à un fort grossissement, nous avons obtenu des éclaircissements intéressants sur ces faits.

La substance blanche avait subi une transformation particulière.

La plupart de ses fibres et surtout celles qui composaient ce qui restait du cordon latéral considérablement diminué, étaient devenues étroites et minces. Sur la coupe colorée les cellules nerveuses et les tubes nerveux avec leur cylindre-axe avaient considérablement diminué de volume, comparés à ceux de la moitié droite de la moelle.

Les modifications de la substance grise étaient encore bien plus curieuses que celles de la substance blanche.

Dans les conditions normales les fibres de la colonne grise vont en divergeant de leurs pointes vers l'intérieur et s'entrecroisent entre elles.

Dans notre cas, la substance grise s'était transformée, sous l'influence de la pression exercée par la tumeur, en un simple faisceau de fibres parallèles dont la direction était la même que celle de la surface de la coupe.

Pour mieux faire comprendre ces modifications,j'ai ajouté deux *figures* (8 et 9) représentant le dessin exact de deux coupes transversales des colonnes grises antérieures faites sur un même plan.

La *figure* 8 représente une portion de la colonne grise antérieure du côté droit, la *figure* 9 une portion de celle du côté gauche. En comparant ces deux côtés, on voit la direction toute différente des fibres grises autour de la tumeur.

Ces dessins nous montrent en même temps la transformation des ganglions nerveux.

Sur la *figure* 8 nous voyons les ganglions du côté sain avec leurs cellules multipolaires radiés et leurs noyaux ronds pour la plupart. Sur la *figure* 9 les ganglions sont transformés en fuseaux bipolaires, allongés, pointus, dont l'axe longitudinal suit la même direction que celui des fibres transformées de la substance grise et dont les noyaux ont, sans exception, la forme ovalaire.

La plupart de ces ganglions transformés avaient la forme de navettes de tisserand, d'autres ressemblaient aux cellules fusiformes du tissu conjonctif ou à des cellules de tissu musculaire lisse, et ce n'est que leur situation qui rendait la confusion impossible avec ces divers éléments.

C'est la compression lente et progressive de la tumeur qui avait produit cette métamorphose des ganglions et leur diminution de volume.

Je donne dans le tableau suivant les résultats de la mensuration micrométrique en largeur et longueur des ganglions des deux moitiés de la moelle, d'après les coupes transversales citées plus haut.

GANGLIONS [1].

	COTÉ MALADE.		COTÉ SAIN.	
	LARGEUR.	LONGUEUR.	LARGEUR.	LONGUEUR.
1	0,011 mm.	0,039 mm.	0,039 mm.	0,059 mm.
2	0,007 —	0,058 —	0,019 —	0,078 —
3	0,015 —	0,070 —	0,031 —	0,039 —
4	0,011 —	0,058 —	0,031 —	0,058 —
5	0,007 —	0,117 —	0,039 —	0,058 —

Les dimensions des surfaces des ganglions présentaient les rapports suivants :

	CÔTÉ MALADE.	CÔTÉ SAIN.
1.	0,0001 mm. carrés.	0,0023 mm. carrés.
2.	0,0001 —	0,0015 —
3.	0,0010 —	0,0012 —
4.	0,0006 —	0,0017 —
5.	0,0008 —	0,0032 —

En moyenne, les surfaces des ganglions normaux avaient : 0^{m} 0018 carrés et celles des ganglions réduits : 0^{m} 0006.

Les ganglions étant des éléments constitutifs du corps, dont la forme se rapproche de celle de la sphère, leur contenu sera une fonction de la troisième puissance de leurs rayons. Au lieu de la valeur du rayon, prenons la moyenne du diamètre transversal des ganglions sains (0^{m} 032) et celle des ganglions atrophiés (0^{m} 10). On voit dès lors que le volume des ganglions sains est, par rapport à celui des ganglions malades, à peu près comme 32,768 : 1,000 ou 32 : 1.

Il en résulte donc : que *les ganglions placés sur les côtés de la tumeur étaient devenus, par suite de la pression, à peu près trente-deux fois plus petits qu'à l'état normal.*

[1] Krause, dans son *Traité d'anatomie générale et de microscopie* (Hanovre, 1881, p. 162), donne comme longueur moyenne des ganglions de la moelle 0,07 mm. et comme largeur 0,055 mm.

Nous entendons souvent reprocher aux expériences faites sur les animaux vivants, qu'elles créent des conditions anormales, qu'elles dépendent des circonstances fortuites qu'on ne peut pas prévoir et qu'elles ne sauraient, par conséquent, être reportées sur l'homme.

Tout en accordant que la valeur de ces expériences dépend des particularités individuelles de l'expérimentateur, qu'elles peuvent franchir certaines limites, on doit être d'avis que pour connaître les phénomènes qui se produisent chez l'*homme*, on doit surtout faire des observations sur lui, des observations cliniques dans lesquelles on peut établir d'une manière précise et scientifique les rapports avec les causes naturelles fondamentales. — Car un phénomène pathologique est le résultat d'une expérience faite par la nature sur l'homme, et une telle expérience ne trompe certainement pas, car elle est l'expression réelle d'une fonction humaine dérangée, et doit nous montrer clairement et nettement la fonction naturelle d'un organe malade, dans le cas où on aurait constaté que la lésion matérielle d'un organe est la cause de cet état pathologique. Pour le clinicien qui doit interpréter la nature humaine, l'expérience sur les animaux ne doit pas être le seul, ni le plus préféré des moyens pour ses recherches, mais bien un moyen indispensable pour compléter ses observations cliniques, contrôler l'interprétation des phénomènes pathologiques, et remplir les lacunes qui existeraient dans ses déductions forcément restreintes par les limites naturelles de l'observation chez l'homme. C'est pour cela que toute modification matérielle survenue dans le système nerveux central chez l'homme, dont la marche a été suivie attentivement et contrôlée pour l'autopsie, a l'avantage, sur une expérience analogue faite sur un animal, de nous apprendre des faits certains et ne permettant pas l'équivoque, et dont on peut sûrement tirer des conclusions absolues.

Ainsi le cas décrit plus haut nous donne quelques aperçus intéressants et inconnus jusqu'à présent sur la nature et sur certaines propriétés des éléments de la moelle épinière, d'autant plus précieux qu'il seraient difficilement réalisables par voie expérimentale.

Nous voyons d'abord la grande faculté d'adaptation à une pression lente et croissante, dont jouissent les tissus de la moelle. Si on connaissait déjà par la voie expérimentale qu'un nerf périphérique peut être comprimé jusqu'à changer complè-

tement de forme, sans pour cela perdre sa conductibilité, on ignorait pourtant ce fait, que non seulement les nerfs, mais les ganglions aussi pouvaient être modifiés dans leur forme sans subir aucune altération fonctionnelle. *Nerfs et ganglions réduits à une petite fraction de leur volume naturel ne perdent rien de leurs facultés fonctionnelles.*

J'évite à dessein de me laisser entraîner dans des considérations auxquelles les faits cités plus haut donneraient facilement lieu, mais je dois cependant insister sur un point de la question.

Nous sommes disposés aujourd'hui à considérer comme un devoir de chercher une explication matérielle aux phénomènes vitaux, et nous usons de ce procédé dans les limites du possible pour expliquer différentes fonctions nerveuses.

Une proposition fondamentale de mécanique nous enseigne que la force est une propriété inhérente à la matière et que sa grandeur est en rapport direct avec le volume de la matière que contient cette force.

En physiologie, beaucoup de faits démontrent que cette proposition peut s'appliquer à des phénomènes vitaux. Un exemple suffit pour en donner la preuve. La hauteur à laquelle un muscle peut élever un poids donné dépend de la longueur des fibres de ce muscle et sa force est déterminée par le nombre de fibres qui entrent dans sa composition. La longueur et le diamètre du muscle déterminent la masse.

Dans notre cas, le malade avait le bras gauche aussi fort et bien nourri que le bras droit, nous ne pouvions avoir le moindre doute sur sa capacité fonctionnelle, et pourtant la plus grande partie des ganglions de la corne antérieure, qui innervent le bras, avaient subi une réduction d'une 30e partie de leur volume. Ce fait bien évident nous conduit à cette conclusion *que la loi fondamentale des rapports de la force à la masse souffre une exception pour la substance des ganglions.*

A cette exception nous pouvons en ajouter une autre, l'intelligence, qui est une fonction du cerveau, varie dans la race humaine dans des proportions énormes, tandis que la masse cérébrale subit des variations très limitées.

Notre cas offre encore quelque intérêt sous le rapport histologique.

D'après Klebs, la plupart des tumeurs du cerveau et de la moelle sont des neurogliomes, c'est-à dire des hyperplasies des tissus normaux du cerveau et de la moelle. Les tumeurs plus

rares qu'on rencontre encore dans l'axe cérébro-spinal rentrent dans la catégorie des tumeurs de tissu conjonctif. Parmi celles-ci, il distingue celles dont les éléments cellulaires, liés entr'eux par une substance interstitielle, se rapprochent le plus du tissu conjonctif normal comme le sarcome, et, celles qui sont constituées par des cellules indépendantes comme l'épithélion. Il faut encore, dit Klebs, distinguer les vrais sarcomes de ceux qu'on appelle faux sarcomes. Les vrais sarcomes sont ceux qui sont composés de tissu conjonctif jeune, primitif; tous les autres, qu'on distingue généralement sous ce nom, sont des neurogliomes.

Plus loin Klebs indique les différences qui existent entre les sarcomes et les neurogliomes sous le rapport de l'origine et des fonctions.

Les sarcomes naissent de la surface endothéliale de la pie-mère ou des vaisseaux, tandis que les neurogliomes surgissent du système nerveux lui-même. Les sarcomes forment des masses de tissus hétérogènes qui ne se confondent jamais avec le tissu nerveux et s'étendent à ses dépens en le comprimant; les neurogliomes, au contraire, sont des excroissances du tissu nerveux qui se développent à côté d'éléments de même nature et qui s'épanouissent sans limites dans le tissu nerveux normal. Là où surgissent les sarcomes, le tissu nerveux périt; où les neurogliomes se développent, là les éléments du système nerveux augmentent. Il s'en suit que les sarcomes provoquent de bonne heure des troubles fonctionnels, tandis que les neurogliomes ne les provoquent que fort tard ou pas du tout. Enfin Klebs conclut que, les neurogliomes ne se distinguent pas histologiquement entre eux, qu'ils sortent de la névroglie ou du tissu nerveux lui-même.

Il considère, par conséquent, *la névroglie elle-même comme un tissu d'origine et de caractère nerveux*, et propose de donner de préférence le nom de neurogliome ou gliome de Virchow.

Malheureusement notre cas ne peut pas servir de soutien aux conclusions de Klebs. La structure de notre tumeur ne laisse aucun doute à cet égard; d'après Klebs lui-même, c'est un vrai sarcome. Et pourtant, d'après les rapports microscopiques de la tumeur, elle ne provenait ni de la surface de la moelle, ni de la pie-mère, ni des vaisseaux, mais très vraisemblablement de la névroglie de la substance grise. La tumeur ne tenait à la pie-mère que par un petit faisceau de tissu conjonctif parcouru de

quelques vaisseaux. Quoique la tumeur possédât les propriétés des sarcomes cités par Klebs, c'est-à-dire de se développer aux dépens du tissu nerveux et de ne pas se confondre avec celui-ci, il n'y avait aucune altération fonctionnelle dans notre cas, fait contraire aux conclusions de l'auteur.

Notre cas est important avant tout, parce qu'il donne des éclaircissements définitifs sur la nature histologique du tissu de la névroglie.

Quand un vrai sarcome surgit de la substance grise, si riche en névroglie, cette névroglie ne peut être d'origine nerveuse, mais bien, comme la tumeur elle-même, procéder du tissu conjonctif. Et même dans le cas où on ne trouverait pas encore dans la description que j'ai donnée une preuve suffisante de la genèse du sarcome et de la névroglie, la réaction par le violet de gentiane, que j'ai très minutieusement décrite plus haut, prouve que cette dernière substance appartient au tissu conjonctif. En effet le violet de gentiane a coloré la substance blanche, en violet le tissu du sarcome et la substance grise en bleu.

Il résulte donc que la névroglie a les propriétés du tissu conjonctif.

Ce fait nous conduit à une conclusion intéressante et nouvelle.

Dans mon travail sur « les vaisseaux de la moelle épinière chez l'homme »[1] publié récemment, j'ai fait constater *que les travées de la substance blanche* accompagnent les plus grandes ramifications des vaisseaux de la moelle et que la substance grise est le siège des capillaires. Or, les travées de la substance blanche sont composées de tissu conjonctif ordinaire fibrillaire, tandis que la substance grise contient surtout des névroglies.

Il résulte que le système nerveux central se distingue des autres organes par la pression de deux sortes de tissus conjonctifs. Il possède : 1° un tissu conjonctif ordinaire, fibrillaire, comme les autres organes, qui accompagne les gros vaisseaux, et, 2° une espèce particulière de substance de soutien dans le domaine des capillaires, c'est la névroglie.

[1] *Sitzungber. der K. K. Akad. der Wiss. zu Wien. Math. naturwiss. Classe*, LXXXIV, 1882.

PLANCHE V

Les cinq premières figures représentent des coupes successives (de haut en bas) de la moelle au niveau de la tumeur.

Fig. 1. — Augmentation du volume de la moelle antérieure de la corne antérieure gauche sans altération de structure.
Fig. 2. — La corne antérieure gauche offre une densité plus grande et une moindre transparence.
Fig. 3. — Tumeur de la corne antérieure, entourée d'une fine capsule de tissu conjonctif.
Fig. 4. — Développement complet de la tumeur constituée par des pelotons entremêlés (coloration au violet de gentiane).
Fig. 5. — Noyau de consistance osseuse constitué par des concrétions cristallines.
Fig. 6. — Grossissement de la tumeur (*fig.* 4).
Fig. 7. — Concrétions cristallines à couches concentriques (de la *fig.* 5).
Fig. 8. — Représentant une portion de la colonne grise antérieure du côté droit.
Fig. 9. — Représentant une portion de la colonne grise antérieure du côté gauche.

REVUE CRITIQUE

DES TROUBLES NERVEUX OBSERVÉS CHEZ LES DIABÉTIQUES;

Par D. BERNARD et Ch. FÉRÉ.

Marchal (de Calvi), qui a appelé l'attention sur les accidents cérébro-spinaux dans le cours du diabète, a émis le premier l'opinion qu'ils devaient être secondaires. « La physiologie expérimentale, dit-il, ayant démontré que les lésions variées de l'axe cérébro spinal peuvent occasionner le diabète, du moins la glycosurie, on a observé sous cette prévention, et toutes les fois que des lésions de ce genre se sont présentées chez des diabétiques, on les a regardées comme primitives sans même

se demander si, au contraire, elles ne pouvaient pas être consécutives et produites par la maladie sucrée [1]. »

A la même époque, Ogle rapportait aussi au diabète certains troubles nerveux observés pendant le cours de cette maladie. La discussion de cette question présente certainement un grand intérêt; mais l'étude épisodique des divers troubles nerveux que l'on rencontre, on peut dire si fréquemment, chez les diabétiques, est surtout utile en clinique. C'est sur leur description que nous nous arrêterons, sans insister sur les conditions encore mal connues dans lesquelles ils se produisent.

Disons toutefois que M. Bouchardat pense que ces accidents « s'observent surtout chez les glycosuriques qui mangent plus de viande et prennent plus d'alcooliques qu'il ne faudrait [2] ». Pour M. Bouchard, « de tels symptômes ne s'observent pas plus spécialement dans telle ou telle forme de la maladie... bien que leur pathogénie soit encore fort obscure, il paraît vraisemblable qu'ils peuvent s'expliquer, soit par des altérations humorales, et par le trouble de la nutrition cérébrale qui peut en être la conséquence, soit par les altérations vasculaires capables de modifier l'irrigation des centres nerveux. Dans l'état actuel de nos connaissances, on serait tenté de les rapporter soit à l'hyperglycémie, ou à l'hydrémie, ou à l'acétonémie, soit à la prolifération conjonctive des vaisseaux qui chez les diabétiques ont été constatées dans différents viscères [3] ».

La plupart de ces symptômes semblent, non pas tant, sous la dépendance du diabète lui-même que sous celle du trouble général de la nutrition que détermine la glycosurie. D'ailleurs des accidents très analogues se rencontrent assez fréquemment chez des sujets atteints de la diathèse urique qui a une parenté si étroite avec le diabète. Ce qui montre bien que la présence du sucre dans les urines n'est pas la condition indispensable à la production des accidents, c'est qu'ils se manifestent souvent quand le sucre a diminué ; et il n'est pas rare de voir des diabétiques succomber à des accidents cérébraux précisément au moment où ils ne sont plus glycosuriques.

Ces troubles sont du reste très divers et peuvent atteindre la

[1] Marchal (de Calvi). — *Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète*; 1864, p. 349.

[2] Bouchardat. — *De la glycosurie ou diabète sucré*, etc., 1875, p. 79.

[3] Bouchard. — *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882, p. 181.

motilité, la sensibilité générale et spéciale, les fonctions intellectuelles, la nutrition. Ils ont pour caractère commun de se présenter la plupart du temps d'une manière tout à fait imprévu[1].

A. *Troubles de la motilité.* — Il n'est guère de troubles du mouvement qu'on n'ait observés dans le cours du diabète.

Le plus précoce, le plus fréquent et aussi le plus important pour le diagnostic est cette sensation de fatigue, de brisement, de lassitude, ce dépérissement de l'énergie musculaire[1] dont Marchal (de Calvi) a le premier montré toute la valeur clinique. Elle ne dépend pas de l'amaigrissement musculaire, complication tardive de la maladie qui nous occupe. Elle se montre avant tous les autres symptômes soit aux membres inférieurs, soit aux lombes, simulant ici le lumbago. Elle peut être poussée assez loin pour éveiller l'idée d'une affection médullaire (Lasègue). La marche s'embarrasse, les mouvements sont lents, pénibles, sans vigueur (*Compendium de médecine*). Elle est plus ou moins marquée, elle disparaît, elle revient spontanément ou suivant les variations de la glycosurie, l'observation du régime approprié. Divers phénomènes l'accompagnent, troubles de l'intelligence et des facultés affectives, etc.

M. Lécorché assigne pour cause à cette lassitude la nutrition vicieuse du muscle par le sang chargé de sucre, ce qui n'explique pas ses localisations habituelles.

Une circonstance intéresssante à noter, c'est que ce dépérissement des forces peut apparaître subitement à l'occasion d'un traumatisme même léger.

Quant aux *paralysies* proprement dites, elles sont loin d'être rares. Elles sont souvent localisées, partielles et incomplètes; il n'est pas exceptionel, toutefois, qu'elles se présentent sous la forme d'une hémiplégie totale. Il arrive souvent que ces paralysies coïncident avec d'autres accidents qui sont en relation évidente avec le diabète et qui, par conséquent, peuvent en indiquer l'origine.

Elles peuvent débuter subitement par une attaque d'apoplexie, comme on le voit dans un cas, rapporté par M. Lasègue[2], d'un jeune homme qui fut frappé d'apoplexie avec coma

[1] Seegen. — *Der diabetes mellitus auf grundlage zahlreicher beobachtungen*, p. 115.

[2] *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, février 1882.

complet, qui laissa après elle une hémiplégie qui guérit, et les accidents se reproduisirent l'année suivante, avec une intensité moindre il est vrai.

Il peut arriver d'ailleurs que le malade ne se relève pas du choc : Watson[1], Copland[2], Aitken[3], etc., ont observé des cas de mort par *apoplexie*. D'autres fois, on observe une *perte de connaissance* subite, dont le malade se tire sans paralysie, ou encore tout se borne à un *vertige*.

Plus souvent peut-être, la paralysie se produit sans choc, ni perte de connaissance. Quelquefois elle est précédée par une sorte d'état vertigineux.

Ces *hémiplégies* peuvent présenter des associations bizarres, dont l'origine est exactement contemporaine ; un malade observé par M. Charcot fut pris une nuit, sans perte de connaissance, d'une hémiplégie gauche respectant la face, mais accompagnée d'une chute de la paupière supérieure droite. Il s'agit là d'une hémiplégie combinée avec une monoplégie du côté opposé.

Les *monoplégies* sont, en effet, très fréquentes dans le cours du diabète, assez fréquentes même pour qu'on doive toujours, dans un cas de paralysie limitée, rechercher s'il n'existe pas de sucre dans les urines.

Ces paralysies peuvent être bornées à un membre ou même à un segment de membre ; souvent elles sont limitées à la face où elles peuvent n'occuper qu'un seul muscle, ou un petit groupe de muscles ; elles atteignent fréquemment la langue ou les muscles moteurs de l'œil. Ces faits sont nombreux dans les divers auteurs qui ont traité du diabète et de ses accidents ; nous en trouvons plusieurs encore dans les notes qui nous ont été communiquées par notre maître M. le professeur Charcot. Plusieurs sont particulièrement intéressantes en ce qu'on voit les paralysies partielles s'ajouter les unes aux autres.

OBSERVATION I. — Mme X..., diabétique ; névralgie faciale, puis diplopie et chute de la paupière supérieure droite. Quelques mois après, déviation de la commissure labiale gauche, avec embarras de la parole et de la déglutition. Quelque temps après, tout à coup, embarras plus considérable de la parole, qui n'est jamais redevenue normale.

[1] *Lectures on the Principles and practice of physic.*, 1857, t. II, p. 650.

[2] *Dictionary of pract. med.*, 1866, p. 198.

[3] *Science and practice of medicine*, t. II, p. 143.

OBSERVATION II. — M. C..., diabétique; parésie des extenseurs de la cuisse gauche. Puis, après une autre attaque, embarras de la parole et déviation de la bouche à gauche.

OBSERVATION III. — M. de B..., diabétique. Aphasie totale avec paralysie faciale droite. Quelques jours après, l'index de la main droite ne peut plus être étendu, il est le siège d'engourdissement et d'un peu d'analgésie (bruit de galop, myocardite scléreuse de M. Rigal).

OBSERVATION IV. — M. P..., diabétique, sans troubles fonctionnels bien marqués, s'affaiblit tout à coup et considérablement à la suite d'un traumatisme léger. Une nuit il est pris subitement, sans perte de connaissance, d'une paralysie du bras gauche avec engourdissement du membre et un peu d'embarras de la parole. Le membre inférieur est resté indemne.

Mais un des faits les plus remarquables de ces monoplégies combinées est celui qui est rapporté par M. Ogle[1].

OBSERVATION V. — Paralysie du bras droit et du côté droit de la face (coïncidant avec la disparition du sucre dans l'urine; difficulté de l'articulation des mots. Paralysie du bras gauche; difficulté pour ouvrir la bouche; application défectueuse des mots. Strabisme, ptosis, dilatation de la pupille droite, etc.

Ces monoplégies, qu'elles soient isolées ou combinées, peuvent être tout à fait transitoires, ne durer que quelques heures par exemple; il en est de même des hémiplégies. Un autre caractère de ces paralysies, c'est qu'elles sont souvent incomplètes. Dans sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, M. Leudet cite un diabétique, qui, au milieu d'un délire calme, accuse des fourmillements, plus un affaiblissement tel du membre inférieur gauche que, sans abolition des mouvements volontaires, il ne peut se tenir debout. D'autres fois, la paralysie est à la fois incomplète et tout à fait éphémère comme chez un malade de M. Charcot.

OBSERVATION VI. — Le Dr H..., diabétique. Faiblesse des membres inférieurs, douleurs en ceinture; anesthésie des membres inférieurs du scrotum du bas-ventre; engourdissements, fourmillements dans les mains. Plusieurs chutes subites par suite d'affaiblissement instantané de la jambe gauche.

[1] *On diseases of the brain as a result of diabetes mellitus.* (*Saint Georges hospital Reports*, t. I, 1866, p. 160.)

Les *troubles de la parole* que l'on observe dans le cours du diabète sont loin d'être toujours dus à une paralysie motrice ; ils reconnaissent souvent pour cause l'affaiblissement général combiné à la sécheresse de la langue. Il n'est pas très rare non plus qu'il existe une perte plus ou moins complète de la mémoire des mots.

Certaines aphonies passagères sont peut-être susceptibles d'être attribuées à une paralysie temporaire des muscles du larynx.

Quant aux *paralysies des muscles de l'œil*, il n'en existe pas d'observations assez concluantes, même dans la thèse de Kiwatkowski, qui attribue au diabète une paralysie du pathétique. L'un de nous a observé une paralysie du droit externe survenue dans les mêmes conditions.

Ces paralysies à forme hémiplégique générale, ou partielle, doivent être rapportées à des lésions d'origine encéphalique. Il en existe d'autres à forme *paraplégique* qui sont attribuables à des lésions médullaires. — Marchal (de Calvi), rapportant l'observation d'un malade amaurotique et paraplégique, depuis longtemps, ajoute : « Il serait possible que le diabète produisît la paraplégie comme il produit l'amaurose ».

On peut même observer dans les mêmes conditions la *paraplégie cervicale*. — Un malade de Lecadre[1], est pris d'une vive douleur dans le cou, douleur qui s'étend le long du rachis et est suivie d'une immobilité complète. Les organes thoraciques sont paralysés à leur tour. Les poumons s'embarrassent et la mort arrive par la cessation de l'acte respiratoire.

Un autre trouble moteur fort intéressant au point de vue séméiologique consiste en une sorte de paralysie du sens musculaire, caractérisée par un manque d'assurance dans la marche, surtout dans l'obscurité. Ce symptôme peut s'associer à une sensation de picotement dans les membres inférieurs, comme nous le trouvons mentionné dans une note adressée à M. Charcot par M. le Dr Stokvis (d'Amsterdam), à propos d'une malade qu'il lui envoyait et qui d'ailleurs fut guérie par le régime. Ces cas sont très importants à connaître parce qu'ils peuvent faire penser à tort à des phénomènes tabétiques.

Parmi les troubles des organes de la locomotion, on doit encore ranger les crampes et les convulsions.

[1] Cité par Marchal (de Calvi), *loc. cit.*, p. 207 et 351.

Le phénomène si douloureux et si mal connu de la *crampe*, peut être rapproché de la sensation de lassitude pour l'époque d'apparition, la fréquence et la valeur clinique. On les observe surtout aux membres inférieurs, et durant la nuit; non moins que la polydipsie et les mictions nocturnes, contribuent avec les sensations subjectives diverses fourmillements, picotements, sensations de froid, etc., à provoquer l'*insomnie* qui se manifeste assez souvent d'ailleurs chez les diabétiques en dehors de tout besoin et de toute sensation spéciale, et doit appeler notre attention sur l'état des urines. Nous avons souvent entendu notre maître, le professeur Fabre (de Marseille), insister sur cette insomnie fatigante qui semble le premier indice des troubles de la circulation cérébrale et peut être l'avant-coureur de phénomènes plus graves.

Les *convulsions* peuvent se montrer isolément ou associées au coma diabétique, ou encore en connexion avec des phénomènes paralytiques. Duncan rapporte le cas du docteur Peter Shee, diabétique, qui fut affecté d'accidents convulsifs et paralytiques du côté droit; M. Leudet[1] rapporte un fait du même genre, et on en pourrait citer d'autres. Cette association de phénomènes convulsifs et paralytiques, peut faire admettre l'origine corticale de la lésion, d'autant mieux que quelquefois les convulsions présentent très nettement les caractères de l'épilepsie partielle monoplégique et alternent avec une paralysie transitoire de même siège, comme le montre le fait suivant de M. Charcot.

Observation VII. — M. M..., diabétique. Épilepsie partielle du côté gauche occupant surtout le bras; de temps en temps, parésie du côté gauche, douleurs fulgurantes dans les bras et les jambes.

Les *vertiges* que l'on observe quelquefois[2] peuvent peut-être être rapprochés de ces phénomènes épileptiformes.

Une circonstance importante à noter au point de vue de la pathogénie, c'est que ces paralysies peuvent se développer quelque temps avant que le diabète n'apparaisse comme dans le fait de Pavy, ou bien précisément au moment où le sucre disparaît, comme chez le malade de Ogle, ou bien encore quand il a complètement disparu depuis plusieurs mois, comme chez une malade que nous avons eu récemment l'occasion d'observer.

[1] *Loc. cit.*, p. 285.

[2] Lécorché et Talamon. — *Etudes médicales*, etc., 1881, p. 27.

Ces troubles moteurs, comme du reste les troubles sensitifs que nous allons étudier ensuite, sont sujets à des rémissions fréquentes: c'est ce qui avait fait penser à Marchal (de Calvi) qu'ils étaient d'origine congestive, mais la plupart des accidents localisés qui guérissent peuvent tout aussi bien s'expliquer par des destructions limitées qui se trouvent suppléées par les parties similaires. Dickinson[1] a d'ailleurs décrit dans le système nerveux des diabétiques des lésions qu'il croit à tort, il nous semble, développées primitivement et qui sont de nature à expliquer tous les troubles limités. Ce sont des excavations miliaires qui se rencontrent le long des vaisseaux et dans lesquelles on trouve du sang extravasé ou des cristaux d'hématine indiquant leur origine hémorrhagique, et des foyers de sclérose miliaire qui peuvent se rencontrer aussi bien dans le cerveau que dans la moelle. Rappelons toutefois que Müller, Kulz, Taylor et Goodhart[2] n'ont point retrouvé ces lésions.

B. *Troubles de la sensibilité.* — L'anesthésie complète est rarement notée dans les cas de diabète, surtout à l'état isolé. Une large plaque d'anesthésie se voyait sur la cuisse d'un jeune diabétique hémiplégique observé par M. Lasègue. Un malade de Dionis offrait, sur les deux gros orteils, une anesthésie à la chaleur et une sensation de froid persistante dont il s'aperçut dans le bain; un an plus tard, gangrène de ces parties. M. Lécorché a étudié l'anesthésie avec le compas de Weber, il est arrivé aux mêmes résultats que Laycock, résultats peu intéressants, dit-il lui-même. D'après les auteurs du Compendium de médecine, la sensibilité de la peau devient obtuse ou s'efface complètement, si bien que Naumann a pu arracher les poils en certains points sans causer de douleurs au patient.

Souvent, au contraire, ces diabétiques accusent des fourmillements, des sensations de compression, de refroidissement, de chaleur, de l'engourdissement des extrémités ou d'une extrémité isolée. C'est plus souvent sur les membres inférieurs qu'on trouve cette anesthésie. Quelquefois elle se montre par plaques sur diverses parties du corps, sur les organes génitaux, par exemple. Une femme de soixante ans accuse du côté droit des douleurs constantes, tiraillements, crampes, s'exaspérant

[1] Dickinson. — *Diabetes*, London 1877, p. 30.

[2] *On the nervous system in Diabetes.* (*Guy's hosp. Rep.* 1877, t. XXII, p. 115.)

par moments, ne lui laissant nul répit. Le toucher, parfois le simple contact des vêtements exagère ses souffrances, jamais la pression violente. Ces phénomènes peuvent exister sans nulle diminution de force, avec bonne santé et aucun autre symptôme diabétique que la glycosurie. L'état de cette dernière n'a jamais influé sur ces symptômes (Trousseau).

Le diabétique est très sensible au froid extérieur (Trousseau). La sensation du froid peut être générale (Fritz), alterner avec celle de chaleur, états à distingner des véritables frissons de la période de consomption (Trousseau).

La sensibilité tactile disparaît et le diabétique ne peut tenir un objet fin, une épingle, dans ses doigts, sans la fixer des yeux (Lecorché), ou bien elle est pervertie. Une malade de M. Lecorché [1] ne sentait plus ses pieds. Celui de Dionis [2] croyait marcher sur des filets de corde à larges mailles. Il n'y a pas que ces troubles de la sensibilité, nous le verrons plus loin, qui rappellent ceux du tabes dorsal.

D'autres phénomènes douloureux que les crampes affectent le diabétique.

Ce sont des douleurs vagues, articulaires, se combinant alors avec la sensation de lassitude. Souvent elles se localisent dans les lombes, les hanches (Marchal de Calvi), ou la région dorsale. Beaucoup plus importante, selon Leudet [3], est la douleur de la nuque qu'il a rencontrée dans près de la moitié des cas observés par lui (six fois sur treize). Les malades la comparent à une brûlure, à la morsure d'un chien. Avec elle, on constate de la raideur du cou. Elle s'étend depuis l'occipital jusqu'aux fesses dans les efforts faits par le malade. Leudet la croit liée à l'amblyopie. Chez un malade de Marchal (de Calvi) [4], le coït provoquait, avec de la congestion cérébrale, une douleur atroce et subite à la nuque, une chaleur brûlante au front.

La douleur peut se localiser à la tête. Le malade la compare à une calotte de plomb pesant sur son crâne (Leudet [5]).

Bien souvent, la douleur revêt la forme névralgique. Un malade de M. Charcot fut atteint d'une névralgie faciale

[1] Lécorché et Talamon. — *Et. médicales faites à la Maison de santé*, p. 31.
[2] Dionis. — *Monit. des hôp.*, 1857.
[3] Leudet. — *Clin. méd.*, p. 315.
[4] Marchal (de Calvi), *loc. cit.*, p. 353.
[5] Leudet. — *Clin. méd.*, p. 279.

rebelle ; mais les troubles de ce genre, dans le cours du diabète, sur lesquels on a le plus insisté, sont les *névralgies symétriques* et de longue durée, parmi lesquelles les sciatiques, étudiées tout d'abord par M. Worms [1], semblent les plus fréquentes. (Buzzard [2], Drasche [3].)

M. Huchard [4] pense que ces névralgies ont pour cause l'arthritis. Marchal (de Calvi) incriminait déjà la diathèse urique, qui tenait sous sa dépendance la névralgie et le diabète, en sorte « qu'il en vint à penser que, pour conjurer la sciatique, il fallait laisser subsister un peu de diabète ». Cette idée a été reprise à propos du coma diabétique.

M. Lecorché, signalant la névralgie intercostale, pense que celle qui siège à droite, coïncidant avec une sensibilité douloureuse du foie, pourrait bien dépendre de la congestion hépatique.

A côté des névralgies, il faut citer les *douleurs fulgurantes* sur lesquelles M. Charcot a appelé l'attention à plusieurs reprises dans ses leçons et que nous retrouvons dans plusieurs de ses observations. M. Raymond [5] a eu aussi l'occasion d'observer un fait semblable et du même caractère, « des douleurs sous forme d'éclairs allant de la fesse aux orteils, en suivant le trajet du sciatique, par crises de deux ou trois heures se répétant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et spontanément ». C'est là un fait très intéressant à connaître, car ces douleurs dont on peut concevoir la combinaison avec des troubles de la station, l'anesthésie plantaire, ou des hyperesthésies transitoires et en plaques comme nous en connaissons un exemple, pourraient amener la confusion, à un examen superficiel, avec le tabes ataxique.

Les organes des sens, les viscères même offrent des troubles de leur sensibilité spéciale.

Pour la fréquence et l'importance, il faut avant tout citer la frigidité. Bouchardat a pu dire que « les troubles de la vue et l'impuissance sont les deux thermomètres qu'il interroge le plus

[1] Worms. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. IX.
[2] Buzzard. — *The Lancet*, t. I, 1882.
[3] Drasche. — *Diabetis che neuralgien* (*Wiener. med. Woch.*) 1882.
[4] Axenfeld et Huchard. — *Traité des névroses*, 1882, p. 882 (en note).
[5] *Gaz. méd.* 1881, p. 627.

fréquemment pour mesurer l'intensité et l'ancienneté de la glycosurie[1]. »

Il y a perte de l'appétit génésique et de l'aptitude à remplir la fonction (Lasègue). Chez la femme, il peut même exister de la répugnance (Lasègue). Ce symptôme capital a d'ailleurs été bien indiqué par tous les auteurs.

Faut-il croire avec M. Legrand du Saulle, qu'à l'inverse de ce qui arrive quand la frigidité est l'effet de l'âge, le diabétique accepte avec résignation et indifférence la perte de ses aptitudes viriles ; ou bien au contraire, avec Durand-Fardel, que l'anaphrodisie est bien souvent la cause des vésanies observées dans le cours du diabète ?

Leroux[2] signale d'après Niedergesass, chez une malade de douze ans, de violentes démangeaisons de la peau, et par suite de grattages, des excoriations sur le dos et les extrémités. M. Peter[3] a observé un fait analogue chez un sujet de soixante-quatre ans.

Certaines névroses comme l'*asthme*, l'*angine de poitrine*, le *goître exophthalmique*[4] peuvent être liées à la glycosurie.

Bien que l'ouïe soit le sens le plus épargné par le diabète, selon Bouchardat, la *surdité* est plus fréquente chez les diabétiques que chez le commun des hommes. Tantôt légère et passagère (Lécorché), tantôt complète (Dreysig), est-elle un phénomène purement nerveux (Prout[5]) ou bien relève-t-elle d'une lésion de l'oreille ? M. Raynaud[6] a décrit l'otite moyenne survenant à la période ultime de la phthisurie.

Chez une malade de Trousseau, une otalgie violente de l'oreille gauche précéda une hémiplégie droite et le coma final. Dupuy de Fronsac observa chez le même sujet la cophose et l'amblyopie, et Leudet l'anosmie du même côté. La perversion de l'odorat est mentionnée par Lécorché.

Quant aux troubles gustatifs, le même auteur n'y voit qu'un effet de l'altération des sécrétions buccales. Une malade de Jordao ne sentait plus le poivre.

[1] Bouchardat. — *Loc. cit.*, p. 44.

[2] Leroux. — *Th. Paris*, 1881.

[3] Peter. — *Clin. médic.*, t. II. p. 760.

[4] Panas. — *Arch. d'ophthalmologie*, 1881.

[5] W. Prout. — *On the nature and treatment of stomac and renal diseases*, 3e édit., London 1848, p. 32.

[6] *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1882.

Troubles oculaires. — Ils ont la plus grande importance pour le diagnostic et le pronostic. De plus, la connaissance exacte des lésions rétiniennes diabétiques pourra sans doute aider à pénétrer la nature des accidents cérébraux de même origine.

Nous ne parlerons pas de la cataracte diabétique. Peut-on parfois rattacher la kératite, l'iritis, l'irido-choroïdite au diabète et même aux troubles ou aux lésions concomitantes du système nerveux? Les observations ne permettent pas de conclure. Celle de la femme Taupin publiée par Leudet, montre combien la question est complexe. Bien avant Galezowsky et Kiwatkowski[1], son élève, Marchal (de Calvi)[2], avait attiré l'attention sur ces faits et rappelé les suppurations oculaires observées par Magendie sur des chiens soumis à un régime excessivement sucré. M. le professeur Panas insiste souvent sur la nécessité de réviser la pathogénie des kératites graves et rapides dont la cause échappe et d'analyser fréquemment en pareil cas les urines.

C'est dans l'ouvrage célèbre de Rollo[3] que l'on trouve la première mention des troubles oculaires chez les diabétiques, mention due à Willan.

Heyl[4] donne la priorité à Blankaart d'Amsterdam (1688); il s'agissait d'une tumeur cérébrale et il y avait pure coïncidence, comme le montre la lecture de l'observation.

Depuis le commencement du siècle, il n'est pas d'auteurs qui ne les aient signalés et la plupart ont insisté sur leur fréquence et leur importance. A Desmares[5] revient l'honneur d'avoir le premier décrit et figuré les lésions de la rétine observées dans le cours du diabète, d'avoir établi leur affinité avec celles qu'on rencontre dans l'albuminurie.

La proportion des cas de diabète où se montrent les troubles oculaires est considérable. Bouchardat l'évalue à $\frac{8}{32}$ ou $\frac{1}{4}$. Fauconneau M. Dufresne à $\frac{20}{142}$ ou $\frac{1}{8}$. Selon Lécorché, le premier serait le plus près de la vérité. Voici à cet égard, la statistique de la clinique de Galezowsky, d'après Kiwatkowski.

[1] Kiwatkowski. — Thèse de Paris, 1879.
[2] Marchal (de Calvi). — *Loc. cit.*, p. 354, 361.
[3] Rollo. — *Traité du diabète*, trad. franç., an VI.
[4] Heyl. — *Philadelphia med. Times*, t. X, 1879-1880, p. 318.
[5] Desmarres. — *Maladies des yeux*, 2e édit., t. III, p. 521.

Sur 12,000 maladies de la vision, 48 cas ainsi répartis relèvent du diabète :

Cataractes	13
Maladies de la rétine	17
Atrophie de la papille	3
Paralysies oculaires	4
Hémiopie	3
Amblyopie	8

Lécorché[1] a adopté pour les amblyopies diabétiques, la classification établie par Landouzy[2] dans son étude de l'amblyopie albuminurique. Tout ceux qui en ont traité après lui, en France du moins, l'ont conservée avec raison.

Marchal (de Calvi[3]) distingue l'amblyopie proprement dite et les aberrations visuelles. Le traitement a toujours raison de la première, si grave qu'elle soit. Quant aux secondes, le cadre en paraît bien restreint. Nous n'avons pu classer sous ce chef que le cas rapporté par Dionis. Un malade voyait à sa gauche et à demi renversés les objets placés devant le seul œil qui lui resta.

L'*amblyopie* diabétique est légère ou grave.

L'une ou l'autre forme peut être le premier symptôme révélateur du diabète. Mais l'amblyopie légère s'observe principalement au début de la glycosurie alors qu'encore latente, le médecin la peut si aisément méconnaître. Quelle faute, selon Desmares[4], de ne pas découvrir la véritable nature du mal ! Le médecin met en danger la vie même du sujet.

Les objets apparaissent aux diabétiques à travers un brouillard jaunâtre. La portée des yeux a diminué. Il faut prendre et augmenter sans cesse les verres convexes qui atténuent le trouble visuel. C'est une presbytie prématurée, disait Trousseau. La marche est moins assurée.

Cet état s'exagère après le repas (Lécorché[5]). Rien de plus variable que la marche de cette amblyopie. Elle diminue, s'exagère, disparaît, reparaît pour s'établir définitivement et faire

[1] Lécorché. — *Gaz. hebd.*, 1881.
[2] Landouzy. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1849.
[3] Marchal (de Calvi). — *Loc. cit.*, p. 473.
[4] Desmarres. — *Loc. cit.*
[5] Lécorché. — *Loc. cit.*

place à la seconde forme, soit spontanément, soit sous l'influence de la médication. En général, les deux yeux sont inégalement atteints.

Le professeur Panas [1] a le mieux décrit cette forme d'amblyopie et démontré sa nature. La plupart du temps, il ne s'agit que de parésies accommodatives. Avec le muscle ciliaire, souvent le constricteur de l'iris est pris et l'atropine exagère l'amblyopie. A ce moment les muscles moteurs n'ont jamais offert de paralysie. Le muscle ciliaire peut être complètement paralysé et le malade privé de toute accommodation passerait pour un véritable amblyope si l'examen ophthalmoscopique ne montrait la parfaite intégrité du fond de l'œil ou tout au plus une légère congestion de la papille. Les verres convexes, une fente sténopéique, un trou d'épingle la corrigeront.

Au cas de paralysie incomplète, on constate tous les troubles caractéristiques de l'asthénopie accommodative, variables avec l'état de la réfraction de l'œil, plus marqués chez l'hypermétrope que chez l'emmétrope, chez celui-ci que chez le myope.

Bien que cette amblyopie se montre dans les cas de glycosurie faible, quand les troubles de la santé générale sont peu marqués, selon M. Panas, le diabète n'agirait sur l'appareil accommodateur de l'œil, que comme cause d'épuisement général de l'organisme.

Cette pathogénie, indiquée d'abord par de Græfe, ne semble pas à M. Lecorché [2], applicable dans tous les cas. Parfois, il faudrait incriminer la rétine, un trouble fonctionnel ou circulatoire de cette membrane, et même du centre optique ; car ces troubles de la vision s'observent également dans les hémorrhagies, les flux séreux abondants [3].

On a fait jouer un rôle à l'état chimique des milieux de l'œil. Leur appauvrissement en urée, en chlorure de sodium changerait la direction des rayons visuels. (Müller [4]). « C'est à la lactescence du sang (insuffisamment alcalin), s'opposant à la transparence des humeurs de l'œil, qu'il convient de rapporter l'affaiblissement de la vision si fréquent dans l'albuminurie et

[1] Panas. — In Bouchardat, p. 88.

[2] Lécorché. — *Traité du diabète*, p. 256.

[3] Lécorché. — *Gazette hebdomadaire*, 1861.

[4] Müller. — *Beischreib. der harn.* Francfort 1810.

le diabète. (Mialhe[1]). » Les glycosuriques vieillissent vite, selon Bouchardat[2]. C'est l'appareil qui reçoit les premières atteintes de l'âge qui doit être le plus éprouvé chez eux, la vision, comme aussi l'appareil génital. La présence du sucre dans l'humeur aqueuse suffirait à expliquer l'amblyopie, idée que Hepp (de Strasbourg) avait ruinée par l'analyse chimique et qu'un fait récent de Leber[3] pourrait permettre de soutenir encore.

Avec cette amblyopie peuvent coïncider des vertiges. Marchal (de Calvi)[4] voit dans l'union de ces deux symptômes le signe principal de l'influence du diabète sur l'axe cérébro-spinal.

E. Wickersheimer[5] rapporte un cas d'amblyopie diabétique, sans lésion du fond de l'œil, qui, améliorée par le régime, n'empira pas avec l'affection, fait qui contredit bien des opinions admises, et pas plus que ce qu'on observe à la période terminale de la phthisie pulmonaire, n'est favorable à l'hypothèse de M. Lécorché, la nutrition défectueuse de la rétine.

Les faits que leur persistance ou leur aggravation continue, leur apparition à la fin de la maladie ont permis d'embrasser sous le nom d'amblyopie grave, sont plus nombreux et beaucoup plus complexes.

La cataracte diabétique est regardée comme l'une de ses formes. Elle peut coexister avec les lésions qui nous restent à énumérer et les masquer, ce que le chirurgien ne saurait oublier.

Tantôt le début de l'amblyopie grave est insidieux, tantôt au contraire brusque. Elle succède ordinairement à l'amblyopie légère. Rares sont les amendements qu'on peut observer dans son cours. L'état de la vue va s'aggravant sans cesse, jusqu'à la cécité complète, si la vie se prolonge assez longtemps. L'amblyopie grave peut être le premier signe du diabète, c'est-à-dire apparaître quand tous les signes de l'affection font encore défaut, la glycosurie même. Rarement myodésopsie. Parfois s'observe de la dyschromatopsie, signe d'une atrophie du nerf

[1] Mialhe. — *Chimie appliquée à la physiologie*, p. 164

[2] Bouchardat. — *Diabète*, 1875, p. 44.

[3] Leber. — *Arch. für ophth.*, 1875.

[4] Marchal (de Calvi). — *Loc. cit.*, p. 258.

[5] Wickersheimer. — Thèse de Paris, 1874.

optique. Le champ visuel est rétréci, offre des échancrures, des scotomes. Enfin, depuis longtemps, on a signalé l'hémiopie. (Bouchardat [1], von Græfe, Bellouard [2].)

Ces symptômes dépendent de lésions diverses de la rétine, du nerf optique ou de ses origines.

La rétinite glycosurique s'observe dans les cas graves, alors que les troubles nutritifs et l'amaigrissement général ont fait de rapides progrès. Les symptômes objectifs et subjectifs de cette rétinite ne diffèrent pas de ceux de la rétinite albuminurique.

Leber [3], dans le travail déjà cité, a pu réunir dix-neuf observations, dont plusieurs manquent de détails et d'analyses d'urines suffisants. Le professeur Panas [4] pense, avec la plupart des auteurs, que les caractères objectifs, non moins que les conditions étiologiques, font relever cette rétinite de l'albuminurie qui survient à cette période du diabète. Il ne croit pas cependant la chose nécessaire. A Desmares, il oppose deux de ses propres observations dont les analyses d'urine ont été fournies par Bouchardat et Mialhe, un troisième cas de Noyes et un quatrième de Haltenhof. Les analyses d'urine ont été faites si exactement et si souvent, qu'on ne saurait, comme Desmarres, songer à de l'albuminurie intermittente, qui aurait échappé.

Fond d'œil pâle et gris. Apoplexies et plaques blanches de la rétine, affectant le voisinage de la macula surtout ; telles sont les lésions du fond de l'œil, en tout pareilles à celles de la rétinite albuminurique. D'après Leber, les plaques blanches auraient moins de tendance à se confondre dans la rétinite diabétique, distinction bien subtile. Kiwatkowski [5] a en vain tenté de dresser un tableau de ces différences. L'examen de l'urine peut seul trancher le diagnostic. Des hémorrhagies dans le vitreum et, même d'après Galezowsky, le glaucome hémorrhagique, peuvent compliquer cet état.

Heyl [6] publiait récemment une observation des plus intéres-

[1] Bouchardat. — *Loc. cit.*, et Acad. sciences, 1852.
[2] Bellouard. — Thèse de Paris, 1880.
[3] Leber. — *Loc. cit.*
[4] *Leçons sur les rétinites*, 1878. — Dictionnaire de Jacoud, art. *Rétinites*.
[5] Kiwatkowski. — *Loc. cit.*
[6] Heyl. — *Loc. cit.*

santes de lipémie rétinienne chez un sujet atteint déjà de cataracte nucléaire. L'ophthalmoscope lui montra les vaisseaux, veines et artères d'une teinte fort claire, différant fort peu de celle du fond de l'œil, si bien que l'on pouvait à peine suivre les artères, et un peu mieux les veines larges, mais non flexueuses. Aucune trace de rétinite, ni d'hémorrhagie.

Qu'il y ait ou non albuminurie concomitante, les altérations du sang, celles des vaisseaux, avec l'aide peut-être d'une affection cardiaque, et par suite une hémorrhagie du système vasculaire, ou même une simple diapédèse (Leber), telle serait l'origine des hémorrhagies rétiniennes.

Diabète, albuminurie et rétinite ne dépendraient-ils pas également d'une lésion bulbaire ou protubérantielle (Panas)? La forme de la rétinite glycosurique n'est pas en rapport avec l'idée d'une lésion encéphalique, qui se traduit sur l'œil par une névrite ou une névro-rétinite. N'oublions pas que Leber, Galezowsky, et avant eux Lécorché, avaient observé la névrite et la neuro-rétinite dans le diabète.

Pour M. Lécorché, l'hémorrhagie rétinienne n'est pas compatible avec le diabète, mais fort naturelle dans l'amblyopie albuminurique. Chez un de ses malades, elle survint en même temps qu'une hématurie, et s'accompagna de mouches volantes, de points fixes, de photopsies. Le malade voyait les objets brisés.

Leber pense que des hémorrhagies capillaires pareilles peuvent se produire dans le nerf optique, le chiasma, les bandelettes optiques, de même que dans la rétine et le cerveau, et qu'ainsi s'expliqueraient non seulement l'hémiopie, l'atrophie du nerf optique, mais encore les amblyopies graves du diabète sans lésions appréciables, la dégénération n'ayant pu s'étendre assez loin. C'est là une pure hypothèse que les faits connus d'hémiopie relatés et analysés par Bellouard[1] n'ont encore que contredite. D'après cet auteur, en ces cas, la glycosurie serait purement symptomatique, et probablement d'un syphilome comprimant le mésocéphale.

D'après Desmarres, l'hémorrhagie rétinienne serait le prélude d'une hémorrhagie cérébrale.

Des troubles oculaires pareils ont été décrits dans la phosphaturie, l'hippurie, l'oxalurie, la benzourie, les pertes sémi-

[1] Bellouard. — *Loc. cit.*

nales (Desmarres.) et dans un grand nombre d'états cachectiques (saturnisme, alcoolisme, nicotinisme, chlorose...)[1].

Les troubles de la vue sont rares chez les enfants. Leroux[2] ne les relève que trois fois sur cent cinquante observations. C'est l'opinion professée par M. Lécorché, dès son premier mémoire.

C. Les *facultés intellectuelles* se dérangent, la mémoire s'affaiblit; le malade tombe dans la tristesse, l'abattement, une apathie profonde, un assoupissement interrompu par des rêves effrayants, des hallucinations, des terreurs qui peuvent conduire au suicide. D'autres fois, sans trouble mental caractérisé, le malade se trouve dans un état de défaillance morale, redoutant l'action ; il recherche le repos et l'immobilité, ou encore il reste dans une sorte d'apathie béate[3]. L'excitation morale est beaucoup plus rare. La plupart du temps ces troubles mentaux doivent être rattachés à l'affaiblissement général. (Durand-Fardel.)

A la suite de troubles nerveux divers, on peut voir survenir chez des diabétiques un affaiblissement intellectuel plus ou moins considérable, coïncidant avec un affaiblissement graduel de tous les membres, grâce auxquels le malade offre les apparences de la paralysie générale.

D'ailleurs Delpech a fourni à Marchal (de Calvi[4]) un cas de paralysie générale véritable, survenu chez un glycosurique précédemment affecté d'un anthrax ; mais, en présence d'un cas isolé, on doit croire qu'il s'agit d'une simple coïncidence. Quant aux véritables vésanies diabétiques (Monneret et Fleury, Marchal (de Calvi), de los Santos)[5], ce sont probablement de simples coïncidences[6] qui s'expliquent par les rapports fréquents que l'on constate par l'hérédité entre le diabète et l'aliénation mentale ou l'épilepsie (Seegen, Westphal, Griesinger, Lockart-Clarke, etc., etc.). Toutefois, lorsque chez un aliéné diabétique on voit survenir, sous l'influence du traitement, une amélioration portant à la fois sur l'état physique et sur l'état mental (Legrand du Saulle), il faut bien admettre une relation entre les deux ordres de troubles.

[1] Wickersheimer. — Paris, 1874.
[2] Legrand du Saulle. — *Gazette des hôpitaux*, décembre 1877.
[3] *Loc. cit.*, p. 217.
[4] H. Leroux. — *Th. Paris*, 1881.
[5] *De l'état mental chez certains diabétiques*, 1878.
[6] Cotard. — *Archives générales de médecine*, 1877.

D. *Troubles trophiques.* — Certains diabétiques offrent des lésions qui présentent une certaine analogie avec les troubles trophiques que l'on observe dans des affections spinales. On a noté, par exemple, le mal perforant[1] avec des caractères particuliers, tels que : conservation de la sensibilité de la peau au pourtour, apparition d'escarres et d'hémorrhagies abondantes. Ces lésions nous paraissent devoir être rapprochées des gangrènes localisées, dont la relation avec leur altération du système nerveux, n'est rien moins que démontrée.

Cependant, on a quelquefois observé dans le diabète des sueurs localisées, qui montrent bien que l'appareil vaso-moteur peut être partiellement atteint dans certains cas.

On a rencontré aussi des atrophies localisées de la peau (Leudet) et de ses organes accessoires, que l'on peut rapprocher de certaines lésions cutanées notées dans plusieurs affections du système nerveux[2]. Il est possible que ces troubles trophiques localisés reconnaissent pour cause une lésion médullaire très limitée.

Enfin certains cas d'*atrophie musculaire* peuvent être plus sûrement encore rattachés à des lésions des cornes antérieures, de la nature de celles qui ont été signalées par Dickinson.

Observation VII. — M. X..., de Besançon, est atteint d'une atrophie musculaire prédominant dans le membre inférieur gauche. L'exploration électrique a donné à M. R. Vigouroux, les résultats suivants : le tibial antérieur, l'extenseur commun des orteils, le long et le court péroniers latéraux, le vaste interne, sont inexcitables faradiquement, mais avec prédominance de l'anode. Le premier interosseux dorsal de la main gauche donne les mêmes réactions. L'excitabilité mécanique des muscles est exagérée des deux côtés où l'on voit des contractions fibrillaires. Réflexes normaux. Ce n'est qu'après le développement de l'atrophie d'origine spinale que l'on découvrit le diabète.

Si le cas était isolé, on pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, mais nous avons eu récemment l'occasion d'en observer un autre presque identique.

[1] Clément. — *Considérations sur le mal perforant chez les diabétiques*, thèse 1881.

[2] Cantani. — *Un caso clinico di atrofia cutanea progressiva* (*Morgagni*, 1881.). — Féré et Quermonne : *Sur des vergetures de la peau observées chez des névropathes.* (*Progrès médical*, 1881.)

Observation IX. — M. J..., du Hâvre, cinquante-quatre ans, maladie du foie avec jaunisse, en 1866. Il y a deux ans, rhumatisme localisé dans le genou droit. Quelque temps après, soif; le malade était obligé de se lever la nuit trois ou quatre fois pour boire. Dans l'espace de six mois environ, les urines, examinées à trois reprises, contenaient 31, 28, 25 grammes de sucre par litre. Aujourd'hui (7 septembre 1882), il y a encore un précipité très abondant. Au mois d'avril 1881, le malade en montant un escalier sentit fléchir son genou droit, et tomba; il est tombé souvent depuis surtout en descendant. Il ne peut pas monter l'escalier sans mettre les deux pieds ensemble sur la même marche, tant la faiblesse du genou droit est grande. Il a une sensation de pesanteur; à chaque moment, il sent sa jambe fléchir et marche timidement. Il a souvent des crampes localisées surtout, mais non exclusivement sur la jambe droite. Jamais de douleurs spontanées, pas de fourmillements, ni d'engourdissements. La sensibilité au froid est plus grande sur le membre inférieur droit, elle y est plus douloureuse, le contact paraît bien moins senti sur le membre inférieur gauche; sens musculaire intact. Mensurations : mollet droit, trente-quatre centimètres, mollet gauche, trente-huit; au-dessus de la rotule, trente-huit centimètres à droite, trente-neuf à gauche; tour du pli fessier, cinquante-deux à droite, cinquante-quatre à gauche. Il existe une atrophie uniforme de tout le membre inférieur sans prédominance sur aucun groupe de muscles. Excitabilité mécanique du muscle normale. Excitabilité faradique faible de deux côtés, excitabilité galvanique un peu plus faible à la jambe droite (les muscles répondent mieux au pôle positif).

E. Le *Coma diabétique* observé par von Stosh et Prout a surtout été bien décrit par Küssmaul; il n'a guère été étudié en France que depuis le travail de MM. Bourneville et Teinturier[1]. C'est un accident qui s'annonce par une céphalalgie frontale intense, avec vertiges, anorexie, pyrosis, vomissements, diarrhée profuse; puis le malade, en proie à une agitation incessante, souffre d'une oppression croissante, avec angoisse extrêmement pénible; les mouvements respiratoires s'accélèrent tout d'abord, puis se ralentissent, deviennent de plus en plus profonds. Le malade s'assoupit, tombe dans le collapsus, la température s'abaisse, les extrémités se refroidissent et enfin la mort arrive dans le coma sans convulsions. Quelquefois, au bout d'une heure ou deux[2] ou même moins, le sujet exhale une odeur fade de pomme de reinette ou chloroformique tout à

[1] *Progrès médical*, 1875, p. 97.
[2] R. Lépine. — *Lyon médical*, 1880, n° 10.

fait caractéristique. L'existence de cette forme spéciale de com dyspnéique, déterminant assez fréquemment la mort chez le diabétiques, ne fait aujourd'hui aucun doute ; mais on est loi d'être fixé sur la pathogénie de ces accidents. C'est là un poin qui a été étudié récemment en France, dans deux article remarquables, par MM. Brissaud [1] et Dreyfus-Brisac [2], et il nou sera permis d'être bref sur les théories. On a invoqué la sur-charge graisseuse du sang (Becquerel et Rodier, Sanders e Hamilton, Küssmaul, Müller, Simon, etc.) d'où peuvent prove-nir des embolies pulmonaires ; mais si cette hypothèse peu rendre compte des accidents dyspnéiques, elle explique moins bien les autres ph coma. L'urémie a aussi été in-criminée en raison énales (Dickinson, Griesinger) rencontrées chez des diabétiques ; mais les mêmes altérations ont été observées dans le diabète insipide qui ne se termine point par le coma dyspnéique. La présence de l'acétone dans le sang, soupçonnée par Petters et confirmée par Kaulich, a été accusée par Küssmaul ; mais, comme le fait remarquer Ebstein, si la présence de l'acétone semble pouvoir déterminer le coma dyspnéique, elle ne le provoque pas nécessairement ; pour que l'acétonémie fût efficace, il faudrait, d'après Ebstein, que l'éli-mination du produit fût empêchée par une lésion rénale spé-ciale, une dégénération hyaline qui aurait pour cause la per-manence de l'hydropisie épithéliale (Cantani, Ebstein). Enfin, la théorie la plus simple et la plus vraisemblable est fournie par la déshydratation des tissus reconnue dans la plupart des autopsies ; le dessèchement des tissus et en particulier de la substance nerveuse (Ranke [3]) peut le mieux expliquer les phé-nomènes du coma et les conditions dans lesquelles il se produit ordinairement, fatigues, efforts, sudations, etc. [4]. On peut se de-mander toutefois si la glycosurie n'a pas une influence spé-ciale, car le coma dyspnéique ne s'observe pas dans d'autres états, où la déshydratation du sang est également très manifeste.

Du dépouillement de cent cinquante observations, Leroux

[1] *Progrès médical*, 1881, p. 967.

[2] *Gazette hebdomadaire*, 1881, n° 50.

[3] Bouchard.— *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882, p. 194.

[4] Luchsinger plonge des grenouilles dans une solution sucrée à 10 p. 100, et détermine le coma et la respiration de Cheynes-Stokes qui disparaissent par l'immersion dans l'eau fraîche ; il en conclut que c'est la déperdition d'eau qui est la cause des accidents. (*Arch. für die gesammte Phys.*, 1880.)

conclut que le diabète chez les enfants se termine assez souvent par des accidents cérébraux, quelquefois par des phénomènes d'intoxication désignés sous le terme d'acétonémie.

REVUE D'ANATOMIE

I. SUR LES VAISSEAUX DE LA MOELLE ÉPINIÈRE (Analyse et critique du mémoire de M. ADAMKIEWICZ); par H. DURET, chirurgien des hôpitaux.

Le travail remarquable et digne d'intérêt de M. Adamkiewicz, eût pu être l'objet d'une juste appréciation de la part de ses lecteurs, si l'auteur eût donné à nos recherches sur la *circulation de la moelle épinière* la place qu'elles méritent, et qui leur est attribuée partout. Il se borne, en effet, dans le cours de son mémoire, à cette simple mention, que nous croyons devoir reproduire en entier : « Enfin il nous faut signaler un travail méritant de Duret sur la circulation des centres nerveux, et en extraire ce qu'il dit sur la vascularisation de la moelle : Il y a une harmonie complète dans toute la vascularisation de l'axe cérébro-rachidien. Dans notre mémoire sur le bulbe, nous avons divisé les artères nourricières en artères médianes ou artères des noyaux bulbaires, et en artères radiculaires. Les premières occupent le sillon médian, les autres pénètrent dans le bulbe en suivant les racines : elles arrivent ainsi jusqu'aux noyaux. Il en est de même pour les artères nourricières de la moelle : les unes sont médianes, les autres radiculaires... Il y a dans la moelle des artères médianes antérieures et postérieures et des artères radiculaires antérieures et postérieures. »

M. Adamkiewicz paraît ignorer que nous avons publié une note *très complète* sur la circulation des vaisseaux nourriciers de la moelle épinière. *Il y a bientôt neuf ans.* (Voy. *Note sur les artères nourricières et sur les vaisseaux capillaires de la moelle épinière*, in *Progrès médical*, 22 novembre 1873, n° 24). Il est encore fait mention de ce travail, avec l'indication bibliographique exacte dans notre mémoire des *Archives de Physiologie*, 1874, dont M. Adamkiewicz a extrait les lignes précédentes. Il

est reproduit en entier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. *Moelle* — et dans plusieurs ouvrages français et étrangers. Depuis plusieurs années, M. le professeur Charcot a introduit ces recherches sur la circulation de la moelle épinière dans son enseignement public à la Faculté : des dessins demi-schématiques figurent nos préparations et nos injections qui ont été montrées dans nombre de ses leçons. Ces études sont aussi l'objet de l'enseignement vulgaire à l'École pratique. *La priorité* de nos recherches ne saurait donc être récusée. Leur valeur pourra facilement être appréciée par ceux qui voudront bien parcourir la note du *Progrès médical*. Nous y décrivons en effet d'une manière succincte, mais *pourtant complète*, l'origine et la distribution des *artères nourricières* de la moelle épinière — c'est-à-dire des vaisseaux artériels qui pénètrent dans la substance nerveuse : nous signalions pour la première fois, croyons-nous, le trajet et les ramifications des artères médianes antérieures et postérieures, des artères radiculaires, des artères périphériques ; nous indiquions la configuration des réseaux capillaires dans la substance grise et dans la substance blanche. Tels sont *sommairement* les résultats principaux de nos recherches sur la circulation de la moelle épinière. Si leur originalité reste entière, et si, selon nous, M. Adamkiewicz ne leur a pas rendu une justice suffisante, nous aurions mauvaise grâce à ne pas reconnaître que le travail de l'auteur allemand renerme plusieurs détails complétement personnels, et que, dans son ensemble, il est conduit d'une façon remarquable. Nous croyons qu'il mérite d'être l'objet d'une analyse complète. — Il comprend deux parties : la première est relative aux vaisseaux artériels et veineux dans l'épaisseur de la moelle épinière ; la seconde, sur l'originalité de laquelle nous n'avons aucune revendication personnelle à établir, s'occupe de leur étude à la surface de la moelle[1].

Première partie. — Les injections ont été faites à l'aide de gélatine colorée au bleu de Thiersh, ou du carmin selon les procédés de Gerlach. L'auteur étudie la distribution géographique des vaisseaux sur des coupes *horizontales* faites à différentes hauteurs dans la moelle épinière, sur des coupes *transversales* ou *frontales*, et enfin sur des coupes *antéro-postérieures* ou

[1] *Die Blutgefässe des Menschen Ruckenmark*, von prof. A. Adamkiewicz. — I. Theil in (LXXXIV *Bande der Sitzb. der K. Akad. d. Wissensch.*, III, Abth. nov. heft. jahrg. 1881). — II. Theil aus dem LXXXV, 1882.

sagittales. Des dessins très finement exécutés représentent ces injections, et deux schémas résument les conceptions de l'auteur.

Sur ces coupes l'aspect général de l'appareil vasculaire est le suivant : 1° dans la *substance blanche*, les rameaux artériels ou veineux, sur des coupes frontales et sagittales, apparaissent entre les faisceaux nerveux sous les formes suivantes ; tantôt ils sont rencontrés par le rasoir perpendiculairement à leur direction, et on aperçoit leur lumière centrale, et les rameaux collatéraux qui en partent en divergeant ; tantôt ils sont coupés obliquement, et on n'a sous les yeux qu'une portion du vaisseau avec ses branches collatérales (*Fig. XIV* et *fig. IX* de l'auteur) — Sur des sections horizontales, on ne peut suivre les artérioles intramédullaires : elles apparaissent comme des rameaux radiants incomplets. (voy. *Fig. II, IV et V* de l'auteur).— L'aspect général de la *substance grise* est le suivant. Sur des coupes horizontales on remarque que le réseau capillaire de la substance grise est surtout riche et dense aux endroits où existent des groupes de cellules nerveuses (*ganglin*), au niveau des cornes antérieures, c'est-à-dire selon le langage de l'auteur allemand dans la colonne grise antérieure (*Grauen Vordersaulen*). La commissure est pauvre en vaisseaux ; ils sont parallèles à ses faisceaux nerveux ; la substance gélatineuse centrale en est tout à fait dépourvue (voy. *Fig. IV*), ainsi que le canal central, qu'on peut sans doute considérer avec Roudanowsky comme un espace lymphatique. L'extrême richesse du réseau capillaire au niveau de la colonne cellulaire de Clarke mérite d'attirer plus particulièrement l'attention (voy. *Fig. IV. a)*. L'auteur ajoute que, dans un certain nombre de cas, il a réussi par des injections très pénétrantes, à voir tenu les mailles de ce réseau capillaire un autre réseau plus dense encore et qu'il désigne sous le nom de réseau intercapillaire (voy. *Fig. VII* vue avec un grossissement de 115). — Dans la corne postérieure, on voit un réseau allongé de sa pointe ou extrémité radiculaire vers son col : ce qui lui donne cet aspect, c'est une branche de la racine postérieure dont les rameaux affectent la disposition d'une touffe vasculaire coniforme. (Voy. *Fig II. p. art. Radic. post.)* — Nous devons rappeler que la richesse et la disposition générale de ce réseau de la substance grise avait déjà été signalée par nous lorsque nous disions : « Un mot maintenant relativement à la disposition des réseaux capillaires dans la moelle épinière. Un réseau

à mailles très fines et quadrangulaires dessine très exactement la forme de la corne antérieure *suivant les régions*. Les cellules disparaissent au milieu de ces mailles; c'est à peine si elles peuvent y trouver place. On sait que ce réseau est alimenté *en avant et en dedans* par les artères médianes; en avant, par les artères radiculaires; en dehors par des artères périphériques; et en arrière par les artères radiculaires postérieures. La *corne postérieure* offre au niveau de sa substance gélatineuse un beau réseau capillaire *allongé d'avant en arrière*. La commissure blanche présente un réseau transversal, etc... » Nous aurons encore l'occasion de montrer combien nos descriptions quoique succinctes sont précises, et ne diffèrent en rien quant au fond de celles de M. Adamkiewicz. Mais poursuivons l'étude du réseau capillaire de la substance grise. Sur des coupes *sagittales* passant par la substance grise des cornes postérieures on voit facilement la série des artères qui entrent dans la corne postérieure ; elles se rencontrent au nombre de cinq à sept dans une hauteur d'un centimètre. Ces pinceaux vasculaires se terminent dans le col de la corne postérieure en un réseau capillaire qui occupe toute sa largeur (voy. *Fig. X, II* et *V*). A la région lombaire, le réseau capillaire s'élargit comme la corne postérieure.

Après cette description de l'aspect général du réseau capillaire des vaisseaux de la moelle épinière, M. Adamkiewicz s'occupe de l'étude des artères qui contribuent à sa formation. Il distingue dans cet organe deux systèmes vasculaires : 1° Le système des *vaisseaux centrifuges* ou de l'*artère du sillon*, 2° le système des *vaisseaux centripètes* dans lequel il place l'artère médiane postérieure ou (artère de la scissure, *arteria fissuræ*, comme il l'appelle) et tous les vaisseaux périphériques. Pour justifier cette division, il suppose que l'artère du sillon antérieur, quand elle a atteint le voisinage du canal central de la moelle épinière, se divise en une multitude de rameaux divergents qui s'éloignent de l'axe de l'organe, tandis que tous les autres vaisseaux périphériques forment un second système dont toutes les branches vasculaires convergent vers l'axe médian. — Cette conception paraît d'adord séduisante : mais elle est spécieuse, selon nous. Elle repose, en effet, sur une compréhension de la distribution anatomique un peu trop schématique : les rameaux de l'artère du sillon n'irradient pas autour de l'axe central dans tous les sens ; son tronc principal est centripète comme

celui des artères périphériques. Enfin, on devrait comprendre aussi dans ce système centrifuge les rameaux de l'artère de la fissure (artère médiane postérieure) qui, quoique ténus quand ils atteignent la commissure postérieure, s'éloignent de l'axe central. Elle a malheureusement conduit l'auteur à une nomenclature spéciale et difficultueuse : ainsi l'artère du sillon médian antérieur s'appelle pour lui artère du sillon (*arteria sulci*) ; tandis que l'artère du sillon médian postérieur porte le nom d'artère de la fissure (*arteria fissuræ*). Ces deux noms différents sont inutiles : nos dénominations d'*artère médiane antérieure* et d'*artère médiane postérieure* sont plus simples, plus en rapport avec les habitudes anatomiques. Elles correspondent à la nomenclature que nous avons adoptée pour le cerveau et pour le bulbe où existent aussi des artères médianes ayant une distribution géographique analogue. Ainsi que nous avons pris soin de le faire remarquer déjà, dans nos travaux, cette disposition des artères médianes répond à une loi générale.

L'artère du sillon (*arteria sulci*), selon l'auteur allemand, est une des plus grosses de la moelle, son diamètre varie de 0 m. 135 à 1 m. 270 mm. — de huit à vingt fois plus grand que celui des capillaires (0 m. 015 à 0 m. 018). — Elle suit le sillon médian dans toute sa longueur et se divise en deux branches au moment où elle arrive au contact de la commissure. Sur des coupes *sagittales*, passant par les commissures, on voit les artères après avoir abandonné l'artère spinale s'échelonner les unes au-dessus des autres. (Cette disposition en échelon pour les artères médianes a déjà été signalée par nous et figurée dans notre mémoire sur la circulation du bulbe). Elles sont accompagnées d'une veine. On en trouve sept environ par centimètre de hauteur ; de sorte que sur une moelle d'adulte qui mesure environ 0 m. 36 à 0 m. 38 de long, on en compte deux cent soixante.

La description de la distribution des rameaux de l'artère du sillon *ne diffère pas essentiellement* de la nôtre, quoiqu'elle paraisse entrer dans des détails plus nombreux. Nous disions, en effet : « Les artères médianes antérieures parcourent un trajet assez court. Elles fournissent quelques rameaux collatéraux à la partie la plus interne des cordons antérieurs et se terminent en pinceaux dans les commissures antérieures et dans les parties voisines de la corne antérieure. » L'auteur allemand suit dans leur formation et leur distribution périphérique les branches de l'artère du sillon. Il donne le nom aux deux

branches qui en naissent immédiatement d'artères *sulco-commissurales*. Au moment où les vaisseaux sulco-commissuraux traversent chaque moitié de la commissure pour se rendre dans la substance grise, ils parcourent une sorte de canal, où leurs veines les accompagnent : ce canal, sur des coupes horizontales, apparaît comme un prolongement (*processus sulci*) du sillon médian, qui semble se bifurquer. Parmi les branches collatérales fournies par l'artère sulco-commissurale, deux surtout sont intéressantes : les artères de la colonne de Clarke, et les branches ascendantes et descendantes qui forment ce que l'auteur appelle les anastomoses longitudinales centrales (ou plus simplement, proposons-nous, les artères *longues anastomotiques centrales*.) Les artères de la colonne de Clarke ne se voient que dans la partie inférieure de la moelle dorsale et dans la partie supérieure de la moelle lombaire, où existe seulement la colonne de Clarke. Ces branches se détachent de chaque côté des artères commissurales et vont par le trajet le plus court se jeter dans la substance grise de cette colonne qu'elles remplissent d'un riche réseau anastomotique. Les branches *longues anastomotiques* de l'artère sulco-commissurale montent et descendent verticalement dans la substance grise de la moelle de chaque côté du canal central, à quelque distance de celui-ci et s'anastomosent entre elles. On ne peut voir ces anastomoses que sur des coupes vertico-sagittales (antéro-postérieures), faites dans la substance grise à quelque distance du canal central. (Voy. *Fig. XII l. s. c.*) Sur des coupes horizontales, on les voit sous la forme de deux lumières vasculaires situées de chaque côté du canal central, car elles ont été rencontrées perpendiculairement à leur direction. (Voy. *Fig. IV*.) Quelquefois même, si l'artère sulco-commissurale a aussi été coupée perpendiculairement, on observe quatre lumières vasculaires au voisinage du canal central, deux de chaque côté. Par les artères *longues anastomotiques* découvertes par l'auteur allemand, les différentes régions vasculaires inter-médullaires situées à des hauteurs différentes sont unies entre elles. Après avoir fourni les longues anastomotiques et les artères de Clarke, les artères sulco-commissurales se divisent en branches terminales au nombre de deux ou trois qu'on peut voir sur des coupes horizontales : une de ces branches se dirige directement en avant, récurrente pour ainsi dire, vers la substance grise des cornes antérieures, où elle se distribue ; une autre se

rend dans un point diamétralement opposé, dans la substance grise des cornes postérieures ; la troisième branche est intermédiaire. « En résumé, dit M. Adamkiewicz, voici quel est le champ de distribution des artères commissurales : elles fournissent du sang à la partie grise centrale de la moelle épinière, en occupent symétriquement les deux tiers environ de chaque côté du canal central ; mais, laissant à la périphérie une zone qui est fournie par d'autres vaisseaux. » (Voy. les *Figures schématiques VIII* et *XVI*.) C'est aussi ce territoire de distribution que nous avions assigné d'une façon sommaire à l'artère médiane.

La distribution des veines est semblable à celle des artères : les veines du sillon ou veines médianes sont en nombre égal aux artères. Elles sont formées par la confluence de veines sulco-commissurales, de veines longues anastomotiques, et de veines terminales convergentes qui viennent des capillaires de la substance grise.

Le deuxième système des vaisseaux de la moelle épinière, d'après M. Adamkiewicz, est le *système centripète* ou des vaisseaux de la couronne et comprend tous les autres vaisseaux de la moelle épinière. La description qu'il en donne ne diffère en rien de celle que nous avons fournie neuf ans avant lui. Il emploie seulement une nomenclature différente. C'est ainsi qu'il décrit : 1° sous le nom d'artère de la fissure (*arteria fissuræ*), notre artère médiane postérieure ; 2° d'*arteriæ radicum posteriorum*, d'*arteriæ cornuum posticæ posteriorum laterales*, nos *artères radiculaires postérieures* ; 3° il ne paraît pas comprendre l'importance des artères radiculaires antérieures, car il ne les dénomme pas, et il les englobe sous la dénomination générale : artères périphériques.

Quoique d'une brièveté sommaire, notre description des artères radiculaires, comparée à celle de l'auteur allemand, paraîtra *d'une plus grande clarté* : « Les artères radiculaires antérieures accompagnent chacun des faisceaux des racines antérieures, et se portent en droite ligne dans la corne antérieure où elles se résolvent en mailles capillaires. » Et pour la corne postérieure : « Les artères radiculaires postérieures sont situées les unes au milieu des faisceaux radiculaires, les autres en dedans, les autres en dehors de la racine postérieure. Les artères moyennes sont surtout destinées à la corne postérieure et à la substance gélatineuse. Les artères externes passent entre les

faisceaux blancs pour se ramifier un peu plus haut jusque dans la partie postérieure et externe de la corne antérieure. Les artères internes, plus importantes, accompagnent constamment cette partie de la racine postérieure que M. Pierret a désignée sous le nom de faisceau radiculaire interne. » C'est à ces trois artères (moyenne, interne et externe A.) de la corne postérieure, que M. Adamkiewicz donne les noms nouveaux de *arteriæ radicum postoriorum*, *arteriæ cornuum posteriorum posticae*, *arteriæ cornuum posteriarum laterales*. Sa description est semblable à la nôtre; il a remplacé *nos dénominations seulement*.. Toutefois nous accordons une importance plus grande que lui au faisceau radiculaire interne qu'il appelle *arteriæ cornuum posteriarum posticæ*. (Voy. c. p. p. *fig. II* et *IV*). Il signale encore la présence constante d'une petite artériole postérieure entre le cordon de Goll et le cordon de Burdach, qu'il appelle *artère interfuniculaire*. Ce nom est à conserver : mais, nous aussi, nous avions décrit ce vaisseau : « A la partie postérieure, il convient de signaler deux groupes d'artérioles coexistantes qui passent entre les cordons de Goll et le faisceau externe des cordons postérieurs. »

Parmi les artères périphériques des faisceaux blancs, nous distinguions comme l'auteur allemand des artères courtes et des artères longues, lorsque nous disions : « Les artères périphériques sont nombreuses, elles pénètrent dans les travées les plus épaisses de la pie-mère entre les principaux faisceaux nerveux. Les plus externes atteignent la *partie externe des cornes antérieures*, elles sont en général de huit à dix. Enfin, nous avons aussi indiqué la disposition du réseau vasculaire dans la substance blanche : « Les capillaires des cordons blancs forment des réseaux beaucoup plus larges que ceux de la substance grise, et se disposent suivant leur direction. La commissure blanche présente un réseau transversal. Les racines ont des réseaux capillaires qui s'étendent dans le sens des principaux faisceaux. » Nous nous empressons de reconnaître d'ailleurs que les planches de M. Adamkiewicz, faites d'après des injections bien réussies, figurent tous ces détails avec une grande fidélité. En résumé, d'après cette étude critique : l'*originalité* de notre travail publié il y a dix ans reste *intacte* : deux branches artérielles *seules* ont échappé à notre examen, *les artères de la colonne de Clarke*, et les artères *longues anastomotiques internes*; mais, il convient d'avouer que la beauté des injections de

M. Adamkiewicz et des dessins qui les représentent en séries de coupes longitudinales, apportent une précision remarquable à nos connaissances sur la vascularisation de la moelle épinière. Une dernière coïncidence entre les travaux des deux auteurs frappera encore l'esprit des lecteurs. M. Adamkiewicz, comme déduction pathologique à la fin de son travail, établit que les lésions de l'ataxie locomotrice, dans leurs phases du début, suivent dans leur développement le champ de vascularisation des cordons postérieurs. Ce fait ne nous avait pas échappé, car avant lui nous disions : « On sait que M. Pierret a indiqué le faisceau radiculaire interne comme étant la plupart du temps le siége du début de la sclérose ataxique. Il a aussi cherché à établir que les douleurs dites fulgurantes se rattachent à cette lésion. La présence de vaisseaux abondants dans la région (*artères radiculaires internes*) vient apporter un nouveau point d'appui à cette opinion. (*A suivre.*)

II. Note sur le développement du cerveau considéré dans ses rapports avec le crane; par Ch. Féré. (*Revue d'anthropologie*, 2e série, t. II.)

Les travaux de M. Féré ont contribué pour une part considérable à faire connaître les rapports exacts des diverses parties de la boite crânienne et du cerveau, des circonvolutions et des sillons non moins que des noyaux gris centraux. Par des mensurations nombreuses et précises, il a établi chez l'adulte la position fixe du sillon de Rolando par rapport à la suture coronale, du ptérion et du cap de la circonvolution de Broca, de la branche postérieure de la suture de Sylvius et de la suture pariéto-squammeuse, du lambda et de la scissure perpendiculaire externe. Les lobes occipital et temporo-sphénoïdal ont les mêmes limites que les os qui les recouvrent, et l'on pourrait croire qu'il existe un parallélisme parfait entre le développement d'une région déterminée du cerveau et la région correspondante du crâne.

Dans le but de s'édifier à cet égard, M. Féré a examiné les rapports du cerveau et du crâne de soixante enfants ou fœtus, ayant dépassé le cinquième mois de la vie intra-utérine. L'auteur est parvenu à démontrer que ce parallélisme n'existe pas. S'il n'a pu, dans l'état actuel, établir les lois du développement réciproque de ces parties, il a posé d'importants jalons, pour la solution définitive de cette question.

Le peu de consistance du cerveau de l'enfant et surtout du fœtus l'a obligé à changer les procédés précédemment employés par lui et le nombre des sujets examinés à renoncer à la congélation du cerveau. Par les fontanelles de chaque côté de la ligne médiane, des chevilles sont enfoncées, destinées seulement à fixer le cerveau et sa faux. L'incision des membranes interpariétales et inter-occipito-pariétales, une troisième incision le long de la suture coronale permettent, en écartant les pariétaux de découvrir, la région pariétale du cerveau, de voir ses rapports avec les sutures du crâne.

Sur quelques fœtus examinés avant le cinquième mois, la scissure perpendiculaire externe, ou à son défaut l'interne, a toujours été trouvée en avant du lambda, de plusieurs millimètres. Pour le reste des observations, nous ne pouvons que donner les conclusions de l'auteur et citer quelques chiffres plus intéressants.

Les chiffres qui indiquent les rapports crânio-cérébraux semblent varier avec l'indice céphalique, mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle, qu'il s'agisse de sujets du même âge ou d'âges différents. Chez un garçon et une fille d'un an, ayant des diamètres presque égaux, les distances rolando-coronales étaient chez l'un de quarante-trois et vingt-sept millimètres, chez l'autre de trente-un et quatorze millimètres seulement, les autres distances étant égales d'ailleurs. Une fois même, il n'y avait presque pas de différence entre le cerveau de l'enfant et celui de l'adulte.

Un point donné du crâne peut changer de position avec l'âge par rapport au reste de la boite osseuse, comme il arrive pour le bregma bien antérieur d'abord à la ligne bi-auriculaire. Quoi qu'on ait dit, le sillon de Rolando est toujours postérieur à la suture coronale. M. Féré n'a pu déterminer chez l'enfant s'il était plus ou moins éloigné de cette suture, plus ou moins oblique suivant l'âge. Le ptérion lui a paru toutefois, quant à ses rapports avec les circonvolutions, plus postérieur que chez l'adulte, il répond au pied de la circonvolution de Broca, au siège même de l'aphasie. Cela dépendrait du mode de développement de cette circonvolution qui, rectiligne d'abord, puis en fer à cheval, se contourne enfin en M, quand apparait, puis se bifurque la branche antérieure de la scissure de Sylvius. La branche postérieure de cette scissure est constamment d'abord supérieure à l'écaille du temporal et s'abaisse peu

à peu vers elle à mesure qu'approche l'adolescence, tandis qu'en même temps la scissure parallèle s'abaisse aussi pour atteindre finalement le lambda.

Les régions postérieures du cerveau, végétatives et sensitives, semblent donc prédominer comme les régions postérieures de la moelle chez le fœtus, prédominance retrouvée par Broca sur un singe adulte. Cet état est transitoire chez l'enfant, car après la naissance, parallèlement à l'apparition de certaines fonctions, se développent les régions psychomotrices. A partir du développement complet, à quelque âge qu'on les examine, sutures et sillons demeurent en rapports invariables.

Au cas de plagiocéphalie, qu'elle dépende du décubitus et de l'athrepsie, ou du développement anormal très rare de l'un des pariétaux par deux points d'ossification, l'extrémité supérieure du sillon de Rolando et de la scissure perpendiculaire externe sont, l'un plus rapproché de la suture coronale, l'autre plus éloignée du bregma du côté où la bosse frontale proémine davantage, proportionnellement aux différences de longueur des diamètres obliques. D. Bernard.

III. Recherches concernant quelques modifications anatomiques rencontrées dans les ganglions périphériques; par H.-J.-A. Niermeyer. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk*, II, 1880.)

Les examens que l'auteur a fait de ganglions périphériques et de nerfs chez le lapin, les études auxquelles il s'est livré sur les ganglions cæliaques de cadavres humains pris au hasard ne lui permettent pas d'admettre la réalité des assertions de Brigidi. (*Lo Sperimentale*, 1878, p. 4164). La prolifération nucléaire et la dégénérescence pigmentaire qu'accepte d'ailleurs Eulenburg dans son traité sous le nom d'infiltration lymphatique ne seraient pas anormales; on rencontre, en effet, dans les ganglions cæliaques d'individus quelconque vieux ou jeunes, ou dans les ganglions spineux des lapins, des proliférations cellulaires interstitielles et des granulations de pigment à l'intérieur ou en dehors des cellules nerveuses, quelle qu'ait été la cause de la mort. P. K.

IV. Des granulations de Pacchioni; par Hans Læhr (*Allg. Zeitsch. f. Phys., psych. u. gerichtl medicin*, XXXVIII, 1.)[1]

Prenant leur origine dans l'arachnoïde viscéral, aux termes des injections de Key et Retzius et des expériences de Quincke, ces organes faisaient communiquer les deux espaces sous-dure-mérien et sous-arachnoïdien avec les sinus veineux de la dure-mère, en sorte qu'ils constitueraient des voies de dérivation importantes et normales pour les liquides sous-archnoïdiens et sous-duemériens. Cependant, tout en tenant compte de leur constance chez l'homme, le chat, le chien, le mouton, il importe de se demander pourquoi le nouveau-né et souvent même l'adulte en possède un si petit nombre, pourquoi certaines espèces animales en manquent absolument, pourquoi, enfin, l'arachnoïde au pourtour de leurs touffes, est si fréquemment le siége d'altérations, troubles et d'épaississements? C'est, dit M. Lœhr, qu'il existe *deux espèces de granulations;* les *petites*, purement physiologiques, et les *grosses*, qui représentent des granulations *hyperplasiées*, dont la prolifération est parfois telle qu'elles pénètrent comme on sait dans les os du crâne. Ce travail anatomo-pathologique, essentiellement développé chez les aliénés, se rencontre généralement à un âge très avancé; les observations de M. Lœhr lui ont fait constater concurremment des altérations inflammatoires et des anomalies vasculaires dans la pie-mère, sans que la forme de la vésanie exerçât une influence spéciale sur le processus des granulations. Leur hypertrophie serait en rapport avec les congestions céphaliques. Répétées, elles servent de voies dérivatives aux hypérémies artérielles suivant la formule : la fonction fait l'organe. Que si, comme chez le nouveau-né, l'équilibre des pressions peut se rétablir par l'expansion des sutures et fontamelles, leur présence devient inutile ; leur genèse, et plus tard leur volume exagéré, résulte de l'excitation incessante déterminée par le frottement l'une sur l'autre de l'arachnoïde et de la dure-mère, alors que la prédisposition (besoin fonctionnel) existe. Ces explications physiologiques, toutes satisfaisantes qu'elles paraissent, ont néanmoins, comme le fait remarquer l'auteur, leurs contradictions avec lesquelles elles sont incompatibles ; telles la série des dégénérescences anatomiques dont les granulations de Pacchioni sont souvent le siège (imperméabilité),

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. II, p. 297.

et leur participation à la partie du revêtement encéphalique dont elles émanent, les compressions qu'elles peuvent exercer par leur accroissement énorme sur des organes voisins (Luschka, Mendel, Key et Retzius). P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XX. Lésion unilatérale de la moelle; par le D[r] Richard Schulz (de Brunswick). (*Centralb. f. Nerv.*, n° 15, 1[er] août 1880.)

Un homme de vingt-neuf ans fut frappé de plusieurs coups de couteau, dont un pénétra entre les apophyses épineuses des cinquième et sixième vertèbres dorsales dans une direction légèrement inclinée vers la droite. Le couteau resté dans la blessure n'avait été retiré qu'avec effort; la sonde pénétrait dans la plaie jusqu'à la profondeur de cinq centimètres, en haut et en dehors, sans rencontrer de surfaces osseuses dénudées. Dès son entrée à l'hôpital, le blessé présenta: *anesthésie du membre inférieur gauche*, *hyperesthésie et parésie légère du membre droit;* en outre, dès le premier jour, *selles involontaires*, *et rétention d'urine* qui nécessita le cathétérisme. Trois semaines après son entrée, qui avait eu lieu le 8 novembre 1879, le malade était guéri de ses blessures et quittait l'hôpital.

Le 25 mai, il présentait l'état suivant :

Systèmes osseux et musculaire bien développés; faiblesse paralytique dans le membre inférieur droit, avec tendance au tremblement, sensibilité douloureuse de la peau de ce membre et de la moitié droite du tronc; sensation de fourmillement et d'engourdissement du pied et de la jambe gauches. En marchant le malade traîne un peu la jambe droite.

Les extrémités supérieures sont normales; l'extrémité inférieure droite a environ un centimètre de pourtour de moins que la gauche.

Pas de différence de température ou de coloration aux membres inférieurs. Sensibilité et sens musculaire, normaux à gauche; diminués à droite. Le malade, lorsqu'il a les yeux fermés, n'apprécie pas exactement les changements de position du membre droit. La force du membre droit est un peu diminuée, la motilité imparfaite, les mouvements sont pénibles et incertains. A gauche il n'y a rien de semblable. Il n'existe ni ataxie, ni raideur musculaire. Le tégument du membre inférieur droit et de la moitié droite du tronc, jusqu'à la ligne médiane, est fortement hyperesthésié. La limite supérieure de cette hyperesthésie est constituée par une ligne circulaire passant au niveau de la septième vertèbre dorsale. Au-dessus de cette ligne se trouve, toujours à droite, une zone d'anesthésie qui atteint la sixième vertèbre dorsale. Plus haut la sensibilité paraît normale.

A droite, la sensation de fourmillement est très vive, le sens du toucher plus fin, celui de la douleur notablement augmenté, celui de la température normale. La sensibilité de la peau au courant galvanique ou faradique énormément augmentée, tandis qu'à gauche elle est normale ou même un peu diminuée.

A gauche, sur le membre inférieur et sur le tronc, les attouchements légers sont perçus et localisés assez rapidement et exactement. La pointe et la tête d'une aiguille sont distinguées; mais une piqûre profonde n'occasionne pas la douleur. En un mot, augmentation des sensations tactiles et analgésie (jusqu'à la sixième vertèbre dorsale). Au-dessus de cette région analgésique existe, à gauche une petite zone d'hyperesthésie, correspondant à la zone d'anesthésie du côté droit. Le sens de la température est normal à gauche.

Les réflexes tendineux, normaux à gauche, sont très augmentés à droite. Le plus léger choc sur le tendon rotulien détermine un clonus dorsal, soudain et énergique du pied droit; les autres réflexes de la jambe n'ont pas lieu.

L'excitabilité faradique et galvanique est la même des deux côtés. Pas de réaction de dégénérescence dans les muscles émaciés de la jambe droite. Evacuations alvine et urinaire normales; fonction génitale conservée.

Il s'agit ici évidemment d'une lésion hémilatérale de la moëlle. L'instrument a atteint la moitié droite, entre la cinquième et la sixième vertèbre dorsale, par suite *hyperesthésie et parésie à droite, analgésie à gauche*. Il y a eu seulement analgésie, avec

conservation de la sensation tactile, parce que la partie postérieure des cordons latéraux a été sans doute seule atteinte, tandis que le cordon postérieur qui transmet les sensations tactiles, a été respecté.

Il est à remarquer que le sens musculaire est diminué à droite, preuve à l'appui de l'assertion de Brown-Séquard que les voies de transmission du sens musculaire ne s'entrecroisent pas. Il faut noter aussi l'exagération des réflexes tendineux du côté parésié et la conservation de l'excitabilité électrique normale. Quant à l'hyperesthésie cutanée du côté correspondant à la lésion médullaire, l'explication physiologique est encore à chercher. D'après l'auteur ce fait se rattache à celui du transfert dans les expériences métalloscopiques et lorsque ce dernier sera expliqué on comprendra du même coup la raison de l'hyperesthésie dans la lésion hémilatérale. R. V.

XXI. Une application pratique du transfert ; par le Dr H. Kaiser (de Dieburg). (*Centrabl. f. nerv.*, etc., nº 15, 1er août 1880).

Longtemps avant que le transfert ait été étudié scientifiquement, l'auteur avait fréquemment appliqué avec succès sur lui-même un procédé qui relève évidemment du transfert. Voici en quoi il consiste : si l'on éprouve une douleur en un point quelconque, on porte toute son attention sur l'état de la sensibilité du point symétrique de l'autre côté du corps et l'on cherche à se figurer qu'il est le véritable siège de la sensation douloureuse. Pour rendre plus facile cette illusion, on excite les nerfs cutanés de ce point, par des frottements, des pincements légers, etc. En même temps, on s'efforce de se maintenir dans une tranquillité parfaite de corps et d'esprit, et l'on facilite la circulation du sang par une respiration méthodique, notamment en se servant de la portion supérieure du thorax. Lorsqu'on a réussi à percevoir la douleur comme provenant de ce point symétrique (subsidiaire), elle cesse dans le point primitivement affecté ; mais le plus souvent elle y revient, atténuée pourtant ; après quoi elle peut être déplacée de nouveau. Ces alternatives se répètent d'ordinaire plusieurs fois et avec une intensité décroissante.

Même lorsqu'il s'agit de névralgies non plus commençantes, mais liées à un état pathologique déjà établi, tel par exemple

qu'une carie dentaire, le procédé procure au moins un soulagement momentané. On pourrait l'essayer même dans certaines inflammations où la douleur est le premier symptôme. R. V.

XXII. « Nerveux » ; par le Dr Sigmund Franck (d'Iéna.) (*Centrabl. f. nerv.*, etc., 1880, no 16, 1er août.)

L'auteur insiste sur le rôle prépondérant de l'appareil génital dans la pathogénie des affections nerveuses de la femme. Il est d'avis, non seulement que l'on doit, dans les désordres de toute espèce, rechercher avec soin et traiter les moindres affections locales de l'appareil utérin, mais il est convaincu que, même lorsqu'il n'y a pas de symptômes du côté de l'utérus, un traitement préventif (spéculum, cathétérisme utérin, etc.), a une influence psychique des plus utiles. R. V.

XXIII. Sur la contraction paradoxale ; par le Dr Albrecht Erlenmeyer (de Bendorf.) (*Centrabl. f. nerv.*, etc., 1880, no 17, 1er sept.)

Le phénomène décrit sous ce nom par Westphal, consiste essentiellement en ceci : si l'on porte fortement dans la flexion dorsale le pied d'un malade couché, il arrive parfois qu'après un instant, le tibial antérieur se contracte d'une façon plus ou moins durable, produisant l'adduction du pied qui lui est propre. Cette contraction peut durer de une jusqu'à vingt minutes et plus, après quoi elle disparaît graduellement. Dans aucun cas de ce genre, on ne réussit à provoquer la contraction du tibial par la percussion de son tendon. En dehors de ce muscle, le même phénomène a été observé pour le long extenseur du gros orteil, l'extenseur commun des orteils, et une fois pour les fléchissants du genou. On voit qu'il s'agit là d'une contraction provoquée par le *relâchement* passif du muscle, ce qui justifie la désignation donnée par Westphal.

Erlenmeyer a constaté que cette contraction paradoxale échappe complètement au contrôle de la volonté, même chez les malades dont les muscles du pied avaient conservé toute leur mobilité. Ce fait, ainsi que la longue durée de la contraction, qu'il a vue atteindre trois quarts d'heure, le portent à croire qu'il s'agit en réalité d'une *contracture* suivant la définition de MM. Ch. Richet et Brissaud : *contraction de plus ou moins*

longue durée d'un muscle, dont la volonté ne peut pas amener le relâchement[1].

Or, cette contracture du tibial antérieur est-elle produite par le raccourcissement passif du muscle, comme l'admet Westphal, ou bien plutôt par l'allongement du muscle antagoniste, le gastrocnémien ? Cette seconde hypothèse peut être justifiée par l'expérience : si pendant la contraction paradoxale du tibial antérieur, le pied étant par conséquent dans la flexion dorsale, on fléchit le genou du malade, et saisissant dans la main la masse du trijumeau, on la tire fortement dans la direction du talon, on voit le pied reprendre immédiatement sa position normale; le relâchement est instantané. Il est à remarquer que dans cette manière de procéder on évite absolument toute traction sur le tendon d'Achille et par suite tout réflexe tendineux.

On peut encore, le membre étant placé de la même façon, saisir le mollet à sa partie supérieure et le tirer de telle manière que la flexion dorsale du pied puisse se faire sans la moindre résistance. *Dans les deux cas, il est tout à fait impossible d'obtenir la contraction paradoxale.*

Westphal était parti de la supposition que la contraction paradoxale est déterminée par le raccourcissement passif du tibial, le relâchement jouant le rôle d'une excitation et il l'avait mise en contraste avec le phénomène du pied (réflexe du tendon de Erb) qui consiste dans la contraction du trijumeau provoquée par l'allongement de ce muscle. D'où l'épithète de paradoxale.

Abstraction faite du mode différent de contraction, clonique pour le phénomène du pied, tonique pour la contraction paradoxale, Erlenmeyer pense qu'il y a là deux choses tout à fait distinctes et non opposées. Dans les phénomènes du pied : excitation d'un muscle par son allongement et réaction du *même* muscle par des contractions cloniques; dans la contraction paradoxale: excitation d'un muscle par allongement de son antagoniste et réaction par une contraction tonique ou contracture.

La désignation de contraction paradoxale ne peut donc pas être conservée. Erlenmeyer propose celle de *contracture par distension des antagonistes* ; et pour la distinguer de la contrac-

[1] Brissaud et Ch. Richet. — *Faits pour servir à l'histoire des contractures.* (*Progrès médical*, 1880.)

ture chirurgicale par allongement passif des antagonistes et par paralysie, enfin pour exprimer la relation avec les affections du système nerveux central, et spécialement l'exagération des réflexes spinaux, il conviendrait d'ajouter les désignations de *active* et *spinale*. On aurait donc la *contracture spinale active par allongement des antagonistes*. Mais ce serait un peu long. Finalement Erlenmeyer propose le mot de *phénomène du muscle* (Muskel phanomen) qui prendrait naturellement place à la suite des phénomènes du pied et du genou de Westphal.

Il faut se rappeler d'ailleurs que, d'après les observations de Brissaud et Richet sur les hystériques, la distension d'un muscle produit parfois la contracture de son antagoniste parce que tout allongement passif d'un muscle est accompagné d'une contraction inconsciente de l'antagoniste, ce qui leur fait supposer une excitation, d'une certaine durée, du centre spinal.

R. V.

XXIV. Aphasie traumatique ; par G. Allen. (*New-York medical Times*, janvier 1882.)

G. N..., enfant de huit ans, vigoureux et bien portant, tomba d'un arbre élevé de trente-cinq pieds, sur le côté droit de la tête et du corps, et perdit connaissance. Il resta dans cet état pendant soixante-douze heures ; néanmoins, on pouvait le tirer de cette somnolence pour lui faire prendre ses remèdes et l'alimenter, de même que parfois il répondait directement aux questions qu'on lui posait en élevant la voix. D'abord, il fut inquiet, s'agita continuellement et délira même par instants. Les pupilles étaient contractées et paresseuses, mais revinrent à l'état normal à mesure que la réaction se prononça. Il n'y eut jamais de respiration stertoreuse. Dix-huit heures après la chute, le malade parut posséder la faculté d'articuler nettement les mots, ainsi qu'on put s'en rendre compte, soit pendant le délire, soit à un autre moment. Mais cette période passée, il sembla totalement aphasique, et, même après le retour complet de la connaissance, il parut avoir complètement perdu la faculté de traduire ses actes par la parole, et être devenu incapable de se servir en aucune sorte du langage articulé. Il n'y avait pas d'aphonie, car lorsqu'il criait sa voix était naturelle. Lui faisait-on directement une question, il remuait la tête, mais ne parlait pas. Lorsqu'on le priait d'articuler un mot

donné, il prêtait attention, mais semblait n'avoir aucune idée du moyen par lequel il pourrait accomplir cet acte, et se mettait alors à pleurer. La langue et les lèvres jouissaient de leurs mouvements normaux, la déglutition s'accomplissait parfaitement, et il n'y avait pas de paralysie des organes de la parole. Avec cette aphasie coexistait une légère hémiplégie droite. Pendant vingt-cinq jours, il y eut une hématurie considérable qui disparut promptement après l'administration de la térébenthine. Il y avait quelques contusions de la tête, l'une portant sur l'occipital gauche, et une autre plus étendue sur la région temporo-frontale droite. L'aphasie persista quatre jours et disparut graduellement, le malade commençant par des réponses simples et enrichissant peu à peu son vocabulaire, de telle sorte qu'à la fin de la deuxième semaine le langage articulé était redevenu normal. Il n'avait pas souvenir de l'accident; et, bien qu'il se rappelle quelques circonstances, il ignore la presque totalité des détails encore aujourd'hui, et cela depuis plus de quatre mois. L'hémiplégie disparut graduellement avec l'aphasie. Pendant environ un mois, et comme dernier symptôme, il fut fort émotionnable et criait et pleurait sans motifs, à la moindre excitation. L'auteur pense qu'il s'est agi là d'une contusion cérébrale portant sur la partie postérieure du lobe antérieur gauche, et intéressant une portion de la troisième frontale ainsi que son voisinage immédiat. G. de la T.

XXV. Des métastases des inflammations de l'oreille sur le cerveau ; par J.-A. Andrews. (*New-York medical Journal*, 1881, p. 160.)

Contrairement à l'opinion de Fallope, qui voyait dans l'écoulement de pus par l'oreille un effort de la nature pour déverser au dehors la matière morbide accumulée dans la tête, la nature des inflammations du conduit auditif est aujourd'hui un fait bien connu. Le professeur Tröltsch rappelle à ce propos la phrase digne de remarque d'un médecin américain, le docteur Clarke : « C'est un fait d'une telle importance d'avoir toujours l'attention dirigée vers l'oreille, dans le cours ou à la suite des fièvres éruptives, que le médecin qui négligerait ce soin ne peut être considéré comme ayant rempli son devoir envers son malade. » Tout le monde sait avec quelle rapidité, à la suite d'un refroidissement ou d'une angine, l'inflammation s'étend de la

muqueuse pharyngienne à la muqueuse de l'oreille. On connaît aussi la fréquence des otites dans le cours de la grippe, de la diphthérie, de la coqueluche, de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose pulmonaire. La scrofule et la syphilis jouent aussi un rôle important dans l'étiologie des affections de l'oreille. Si on rapproche de cette fréquence de l'otite la parité et le nombre des complications qu'elle peut déterminer, on reconnaîtra l'importance méritée attribuée à cette affection.

Ce sont ces complications qui font l'objet du mémoire du Dr Andrews. L'auteur est plus au courant des recherches publiées en Allemagne que des travaux français. Il ne cite pas et ne paraît pas connaître le mémoire, classique en France, du professeur Brouardel, inséré dans les *Bulletins* de la Société anatomique, et où se trouvent étudiées toutes ces complications : méningite purulente, abcès du cerveau, phlébite ou thrombose des sinus ou de la veine jugulaire interne, hémorrhagie mortelle par perforation du canal carotidien, avec érosion de l'artère carotide, de la méningée moyenne, des grands sinus veineux, ou de la jugulaire.

A propos de l'abcès cérébral, l'auteur rappelle que, d'après une statistique de Meyer (de Zurich), les lésions de l'oreille tiennent à peu près le même rang que le traumatisme dans l'étiologie de l'encéphalite suppurée.

Toynbee a essayé d'établir le siège de ces abcès d'après la cavité de l'oreille lésée. Ainsi, l'inflammation du conduit auditif externe s'étendrait au sinus latéral et au cervelet ; l'inflammation de la caisse, au cerveau ; celle du labyrinthe, à la moelle allongée. Gull a modifié cette loi trop absolue de Toynbee ; d'après lui, le cervelet et le sinus latéral souffrent des lésions de l'apophyse mastoïde, tandis que le cerveau est menacé par les caries de la voûte de la caisse.

La marche de l'encéphalite suppurée varie suivant qu'elle est aiguë ou chronique. Dans la forme chronique, l'abcès s'enkyste, ce qui n'a pas lieu dans la forme aiguë. Dans le premier cas, la mort survient par rupture de l'abcès dans les ventricules ou sous les méninges, ou par un œdème aigu ; dans le second, par extension de la suppuration et destruction de la substance cérébrale.

Dans l'abcès aigu, la maladie évolue vers la mort en huit à douze jours ; parfois, elle se prolonge pendant trois à six

semaines. L'abcès chronique est caractérisé par une période latente prolongée, interrompue parfois par des accès de céphalalgie. Dans quelques cas, l'abcès évolue sans que rien ait pu faire soupçonner son existence. La durée de cette période latente varie de quelques semaines à plusieurs mois. Dans un cas de Harlin, le traumatisme, cause de l'abcès, datait de vingt-six ans.

D'après Schwartz, la thrombose ou la phlébite des sinus ne pourrait être diagnostiquée que lorsqu'il existe des signes de pyohémie. Les observations d'un grand nombre d'auteurs prouvent cependant que le signe indiqué par Gehrardt et Griesinger comme pathognomonique de cette lésion, l'œdème douloureux de la région mastoïdienne, a une grande valeur dans le diagnostic de la phlébite du sinus latéral. C. T.

XXVI. L'ataxie locomotrice différenciée des troubles fonctionnels qui la simulent; par A.-D. Rockwell. (*New-York medical Journal*, 1881, p. 546.)

L'auteur pense qu'un certain nombre de cas, traités comme ataxie locomotrice, ne sont autre chose que des exemples d'irritation spinale. « Les étonnantes assertions, dit-il, concernant la curabilité de la sclérose spinale, qui avaient cours en Allemagne il y a quelques années, n'ont pas été confirmées par l'expérience ultérieure. » Il croit que dans ces prétendus faits d'ataxie guérie, il n'existait pas de lésion des cordons postérieurs.

Il rapporte quatorze observations résumées : onze ont trait à des ataxies vraies qui ont résisté à tout traitement; trois sont des exemples d'incoordination motrice avec anesthésie et troubles nerveux divers par simple irritation spinale. Voici une de ces dernières observations :

R..., âgé de vingt-huit ans, souffre d'une incoordination marquée des mouvements avec insomnie, impuissance génitale, névralgies généralisées plutôt que localisées, et présente en même temps une grande dépression physique et intellectuelle, ces symptômes existent depuis un an et sont survenus à la suite d'une vie très dissipée. Il n'accuse aucune anesthésie et touche sans hésitation à un point donné de la face par un mouvement rapide de la main. Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux. Sous l'influence de la faradisation générale et de la galvanisation centrale, le malade guérit en six semaines.

...teur attribue une grande importance dans le diagnostic ... vraie aux signes suivants : l'impuissance à toucher poin... donné à la face, — le nez ou l'oreille, — par un de mouvement de la main ; difficulté à apprécier de faibles ...nces de poids ; abolition du réflexe pupillaire et des r...s tendineux. C. T.

XXVII. Importance du diagnostic précoce de l'épilepsie ; par E.-C. Seguin. (*The medical Record New-York*, août 1881.)

La répétition des attaques d'épilepsie crée une condition particulière du système nerveux (epilectic centre), une habitude épileptiqu... iter par un traitement précoce. Il importe ... pilepsie le plus tôt possible. Dans les deux premières années, l'axe spinal est excessivement irritable, et de nombreuses causes périphériques peuvent provoquer des convulsions qui n'ont rien à faire avec l'épilepsie ; mais passé cet âge, l'irritabilité décroît, et on a beaucoup exagéré la fréquence des convulsions réflexes. Chez les enfants au-dessous de trois ans, en dehors des traumatismes du crâne, des maladies organiques du cerveau, de la microcéphalie, les convulsions sont presque toujours d'origine réflexe, surtout si elles se répètent dans un court espace de temps ; une attaque isolée doit faire craindre l'épilepsie. Chez les sujets de trois à quinze ans, en dehors des affections rénales, les convulsions sont presque toujours épileptiques, il est excessivement rare qu'elles soient déterminées par une irritation des organes digestifs ou sexuels. Chez les adolescents et les adultes, en dehors de la syphilis et des néphrites, les convulsions, surtout si elles constituent une attaque isolée, sont presque certainement épileptiques. Dans tous ces cas, indépendamment de l'hygiène et du traitement spécial de chaque maladie, il faut, suivant l'auteur, donner le bromure et le continuer pendant plusieurs mois. Ch. F.

XXVIII. Contribution a l'étude de l'épilepsie gastrique et des relations existant entre cette épilepsie et certaines névroses du nerf vague ; par H. Pommay. (*Revue de médecine*, juin 1881.)

L'auteur, se basant sur deux observations personnelles et sur quelques faits empruntés à la littérature médicale, admet

que les troubles de la digestion, et en particulier ceux qui résultent de la surcharge stomacale, peuvent produire des symptômes nerveux divers dus à la paralysie ou à l'excitation du nerf vague. Ces phénomènes sont d'origine réflexe et se passent tout entiers dans la sphère du nerf vague (irritation de ses rameaux sensitifs, ou paralysie réflexe de ses rameaux cardiaques). Les phénomènes d'excitation se traduisent par des attaques épileptiques, les phénomènes paralytiques, par des crises cardiaques (battements précipités du cœur et arythmie). L'âge et la condition de santé habituelle des malades paraissent être pour quelque chose dans le mode de réponse à l'excitation : les attaques d'épilepsie se rencontreraient principalement chez les jeunes gens vigoureux, bien portants d'habitude, tandis que les autres troubles atteindraient les sujets d'un âge mûr, anémiés et débilités. L'épilepsie gastrique diffère des autres épilepsies en ce qu'elle reconnaît pour cause des écarts de régime, par les vomissements alimentaires qui s'ajoutent aux autres symptômes de l'attaque, par l'embarras gastrique qu'elle laisse à sa suite. CH. F.

XXIX. ATAXIE LOCOMOTRICE, SUITE DE VARIOLE ; par HENDERSON. (*Louisville med. news*, 11 février 1882).

Dans une réunion générale de la société Harvéienne de Londres, le Dr C.-G. Henderson a lu l'observation d'un cas de variole confluente suivie d'ataxie. Le malade, M. George A..., âgé de vingt ans, fut reçu, le 27 mai 1881, au *Saint-Pancras Tent hospital*. Sa température, qui était de 100 à 103°, s'éleva subitement le 31 mai, en quelques heures, à 107°,8. Il fut alors plongé dans un bain à 68° pendant quinze minutes. La température tomba à 96°, mais s'éleva dans les dix-huit heures qui suivirent à 104°,4 ; on donna un nouveau bain. Il ne survint ni hyperpyrexie, ni aucune autre complication ; mais la convalescence fut longue, de larges bulles étant apparues sous la plante des pieds et ayant laissé des croûtes qui se détachèrent très lentement. Le 18 juillet, alors qu'il commençait à se lever, le malade ressentit des engourdissements et des fourmillements dans les pieds, les mains et les jambes. Les réflexes du tendon rotulien et de la peau faisaient défaut, et il ne pouvait se tenir debout lorsque les yeux étaient fermés. Pas de myosis. Après avoir quitté *Tent hospital*, il se fit

s comme malade externe à *University College hospital.* I a lentement la force dans les jambes, mais la dernière qu'on le vit, le réflexe tendineux faisait encore défaut. Le Dr Henderson rapprocha ce cas des observations analogues rapportées par Landouzy et d'autres auteurs, et considéra les lésions causales des symptômes observés, comme probablement analogues à celles trouvées dans la paralysie diphthéritique et les autres formes de paralysie mentionnées après les maladies aiguës. Les symptômes différaient, par la marche favorable qu'ils prirent, finissant, dans la grande majorité des cas, par la guérison, de ceux qu'on observe dans l'ataxie locomo G. GILLES DE LA TOURETTE.

XXX. PARAPLÉGIE HYSTÉRIQUE CHEZ UN ENFANT ; par A.-G. BARRS. (*The British med. journal*, 1883, 5 février.)

Joseph A..., âgé de douze ans, fut admis le 23 novembre 1881. Avant son admission, il était resté quelques mois dans la section des malades externes, souffrant d'une incontinence nocturne d'urine pour laquelle le galvanisme, le bromure de potassium et beaucoup d'autres remèdes avaient été employés sans résultat. Il avait été circoncis, dans son enfance, suivant la coutume juive. Sept jours avant son admission, étant alors dans son état de santé habituel, et pendant qu'il se promenait, sa jambe gauche fléchit subitement sous lui, et en quelques minutes il devint complètement paraplégique. Ni douleurs dans les membres, ni convulsions. C'était au moment de son entrée un garçon parfaitement bien portant en apparence, mais gardant le lit. Légèrement émotionnable, les pupilles largement dilatées, il ne présentait rien de particulier du côté des bras et des mains, mais ne pouvant, disait-il, remuer les jambes en aucune façon. Celles-ci paraissaient du reste complètement normales : la peau avait son aspect habituel, les muscles possédaient leur volume normal et il n'y avait aucune apparence de troubles trophiques du côté de la peau, des os ou des jointures. Les membres inférieurs étaient dans l'extension complète. Il n'y avait pas, à proprement parler, de contracture, mais la flexion passive du genou s'obtenait avec difficulté. L'anesthésie et l'analgésie de toute la circonférence des membres était complète à partir de la rotule jusqu'au niveau de la racine des orteils : les limites supérieures et inférieures

du territoire anesthésié étant parfaitement définies. Les réflexes plantaires, patellaires et crémastériques étaient normaux. Le pouvoir volontaire était totalement perdu, et depuis le début de la paraplégie, l'incontinence nocturne avait disparu.

Le 25 novembre, disparition presque complète de l'anesthésie et retour de quelques mouvements dans les jambes. Le 16, il peut se lever et marcher, soutenu, et le 6 décembre il quitte l'hôpital bien portant et pour le moment débarrassé de son incontinence urinaire. G. G. DE LA T.

XXXI. CONTRIBUTION A LA LOCALISATION DES TUMEURS DE L'ÉCORCE DU CERVEAU; par C. VON MONAKOW. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk*, XI. 3.)

L'observation concerne une femme de 35 ans entachée d'hérédité psychopathique souffrant depuis 18 ans environ de mélancolie chronique et d'hystérie chez qui, consécutivement à un sarcome mammaire opéré, se développaient dans les divers organes des nodosités de même nature. Quatre mois après l'opération, on assistait à des manifestations permettant de conclure à une lésion centrale. Telles des douleurs névralgiques dans le bras droit et l'articulation de l'épaule de ce côté (intégrité des modes de la sensibilité ordinaire) ; bientôt tuméfaction de la région pariétale gauche dont la pression détermine des vertiges, des céphalalgies, des hyperalgies du membre supérieur en question. Puis céphalagie permanente, malaise général, dépression prononcée. Enfin, au bout de dix semaines, parésie de la jambe gauche qui présente les mêmes troubles de la sensibilité que le bras droit. Quelques semaines avant l'issue mortelle, somnolence et coma dont on faisait aisément sortir la malade par le simple contact des membres atteints. — L'autopsie montre dans la cavité crânienne la présence de trois nodosités sarcomateuses. L'une d'elles, de la grosseur d'un pruneau, développée presque exclusivement aux dépens du feuillet externe de la dure-mère, a perforé le crâne (siège de la tuméfaction gauche) et comprimé à la fois le lobule pariétal supérieur gauche (circonvul. pariét. sup. d'Ecker); en cet endroit, atrophie de l'écorce, prolifération nucléaire de l'épendyme, intégrité de la substance blanche. Les deux autres néoplasmes, du volume d'un haricot et d'un pois, siègent, l'un dans la faux de la duremère au niveau de la circonvolution de l'ourlet sur la gauche,

l'autre, dans cette membrane, à la région moyenne de la circonvolution supra-marginale droite; intégrité de la pie-mère et de l'écorce en ces régions. Intégrité absolue de la moelle et des gros troncs nerveux. Généralisation sarcomateuse dans les poumons, le médiastin, la plèvre, les côtes, l'utérus, les ovaires, la paupière supérieure gauche, enfin la tête de l'humérus droit: à l'égard de cet os, l'intégrité des troncs nerveux du bras et de la cavité articulaire permettrait, selon M. Monakow, de rendre la tumeur humérale irresponsable des accidents nerveux constatés. — La très faible atteinte de l'écorce, là où elle est lésée, rapprochée des progrès des symptômes psychiques parallèles au développement des tumeurs, indique pour l'auteur une relation de cause à effet directe entre l'excitation corticale et les phénomènes. Le défaut d'altérations dans les parties sous-jacentes aux petits sarcomes dure-mériens permet d'éliminer, à son sens, leur influence. Il s'agirait donc de relier l'ensemble des *manifestations croisées et alternes à l'altération du lobule pariétal supérieur avec l'excitation de l'écorce gauche*; peut-être s'agit-il d'un entrecroisement partiel des pyramides? Quant aux *rapports des sensations douloureuses de cette région*, de nombreux faits cliniques les constatent tant que la destruction n'a pas fait son œuvre; peut-être l'explication pourrait-elle en être cherchée dans le voisinage de la partie postérieure de la capsule interne et des circonvolutions pariétales, celles-ci recevant probablement des fibres sensitives issues de celle-là. P. K.

XXXII. Deux cas de myélite; par C. Moeli. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.* XI. 3.)

Observation I.—Brusque atteinte d'analgésie et de faiblesse motrice dans les extrémités inférieures. Symptômes prédominants d'une affection médullaire unilatérale. Ultérieurement paralysie croissante s'étendant à l'autre jambe; rigidité, contractures en flexion, parésie vésicale. Phénomènes tendineux prononcés. Myélite (transverse) de la moelle dorsale inférieure avec dépôt pigmentaire abondant : dégénérescence ascendante et descendante.

Cette pigmentation, trouvée dans les foyers scléreux, serait pour l'auteur en rapport avec l'intensité de l'affection (dilatations vasculaires, hémorrhagies). Il conseille de rapprocher ce fait des observations de Leyden et Strümpell dans lesquelles

sont notées des lésions scléreuses consécutives à une myélite aiguë ou subaiguë, et des expériences de Leyden qui, à la suite de foyers myélitiques artificiels, trouva plus tard des processus scléreux.

Observation II. — Raideur et affaiblissements de la jambe droite développés graduellement en six ans, puis s'étendant rapidement à la jambe gauche. Parésie vésicale. Faibles manifestations du côté de la sensibilité. Au moment de l'admission, paralysie de la jambe avec rigidité. Phénomènes tendineux accusés. Troubles modérés de la sensibilité. Cystite; contracture. Accidents du décubitus. Mort. Foyers scléreux à travers la région dorsale inférieure et lombaire de la moelle. Lésions des cordons de Goll dans la moelle dorsale et cervicale; lésions du faisceau pyramidal dans la moelle lombaire.

Le processus devrait être considéré comme une combinaison de dégénérescences pseudo-secondaires et de dégénérescences asystématiques, mais sous la forme purement spinale. P. K.

XXXIII. Dégénérescence funiforme des cordons postérieurs de la moelle accompagnée de méningomyélite en foyers; par Julius Wolff. (*Archiv. f. Psch. u. Nervenk*, XII, 1.)

Le processus de la dégénérescence grise des cordons postérieurs (tabes dorsal) est-il primitivement interstitiel ou parenchymateux? Que doit-on penser de l'opinion qui le fait émaner de la propagation d'une méningite pie-mérienne chronique à travers les tractus conjonctifs qu'elle envoie dans la moelle (prolifération interstitielle et atrophie consécutive des fibres nerveuses)? Faut-il, de préférence, croire que les éléments nerveux primitivement altérés, entraînent l'hypergenèse du tissu connectif? Enfin est-ce bien là une affection systématique ne portant que sur certains faisceaux de fibres?

Voici le résumé de l'observation, base de ce travail. — Début de la maladie en 1866 à la suite d'un travail manuel exagéré, par des douleurs lancinantes dans les extrémités inférieures. Quelques semaines après, *tremblements à l'occasion des mouvements intentionnels dans les extrémités supérieures*. Pendant l'été de 1867, ataxie, paresthésie. En 1876, admission à l'hospice : à ce moment, élancements le long de la colonne vertébrale, avec sensation de froid dans cette région. Dysacousie de l'oreille droite. Ataxie des extrémités inférieures. Disparition

des réflexes tendineux. Troubles de sensibilité (?) dans les extrémités inférieures. En 1878, bruit systolique au cœur. En 1880, nul trouble de la sensibilité ; de temps à autre, tensions musculaires dans les quatre extrémités. Incontinence d'urine et des matières ; accidents du décubitus. Mort le 15 mai 1880. L'autopsie décèle l'existence d'une méningite médullaire avec épaississement de la pie-mère au niveau des cordons postérieurs, la dégénérescence grise des cordons postérieurs et celle des cordons antérieurs immédiatement au-dessous du renflement cervical. Le microscope localise ces lésions dans les cordons postérieurs, les cordons antérieurs, une partie des cordons latéraux et les cornes antérieures entre le point d'émergence de la huitième paire cervicale et de la première paire thoracique (dorsale). Foyer circonscrit gagnant de la périphérie à l'un des cordons latéraux à la hauteur de la troisième paire cervicale. Atteinte des cordons de Goll dans la moelle allongée. Faible lésion des faisceaux cunéiformes. Altérations marginées en toute la moitié postérieure de la moelle allongée, et çà et là, le long des cordons postérieurs de la moelle. Lésions des racines postérieures, par places des cornes postérieures. L'épaississement de la pie-mère apparaît dans l'ensemble des coupes à la périphérie : il en est de même pour l'épendyme du quatrième ventricule. On trouve des corpuscules amylacés et des éléments colloïdes dans la pie-mère et au sein des lésions. En somme, *lésion funiforme des cordons postérieurs avec un gros foyer au-dessous du renflement cervical, et un petit foyer dans cette région.*

Dans l'espèce, M. Wolff paraît incliner à l'idée *d'une méningite ayant déterminé une lésion interstitielle,* à raison de l'accentuation des phénomènes inflammatoires de la pie-mère tout autour de la portion inférieure de la moelle allongée et de la coexistence en cet endroit d'altérations marginées étendues, du moins en arrière (sans sélection systématique) ; de l'épaississement considérable de l'épendyme à la région supérieure de la moelle, au-dessous de la protubérance, sans dégénérescence; des mêmes manifestations du côté de la pie-mère lombaire accompagnées de dégénérescences marginées, malgré la bénignité et la faible étendue des lésions de la méninge ; on peut suivre à ce niveau un tractus conjonctif depuis les racines postérieures jusqu'au milieu des cordons de Goll. L'apparition tardive de la raideur et des douleurs vertébrales (dixième

année de la maladie) devrait dépendre de la nature spontanément chronique de l'inflammation méningée.

Le mécanisme des douleurs qui ont ouvert la scène (douleurs des membres inférieurs) suscite, selon l'explication qu'on leur applique, une conception différente de l'évolution générale des lésions anatomiques, dans leurs rapports réciproques. L'idée de la pression exercée par la pie-mère enflammée sur les racines à leur émergence, indiquerait une méningite primitive dont le premier foyer serait, vu l'âge et l'allure des altérations, celui que l'on constate au-dessous du renflement cervical, la forte participation des cordons antéro-latéraux expliquant en même temps le tremblement intentionnel des extrémités supérieures concomitant. Une seconde hypothèse concernant ces manifestations a trait à la lésion des fibres radiculaires intra-médullaires, l'inflammation gagnant en profondeur d'abord dans les cordons postérieurs de la moelle lombaire, puis dans la région thoracique supérieure. Enfin une troisième pathogénie, également possible, relève de la production concurrente d'un foyer de méningo-myélite dans la région thoracique supérieure comprenant les cordons antéro-latéraux de la moelle cervicale et d'un foyer parenchymateux dans les cordons postérieurs.

Sûr le chapitre de la systématisation et de l'existence de lésions parenchymateuses, l'auteur ne croit pas pouvoir tirer de ce fait des conclusions. Il se borne à constater la confirmation de l'allégation de Pierret, que la dégénérescence des cordons de Goll, dans la région cervicale, n'a rien à voir avec l'ataxie brachiale, et de l'opinion de Westphal que l'ataxie des membres inférieurs dépend de la dégénérescence des rubans externes des cordons postérieurs, comme l'absence de réflexes patellaires. — Les tremblements à l'occasion de mouvements voulus dans les membres supérieurs, évidemment d'origine centrale (les nerfs périphériques n'ont malheureusement pas été examinés), survenant avant les tensions musculaires chez une personne jusqu'alors bien portante; parmi les symptômes caractéristiques d'une maladie de la moelle, ne sauraient dépendre que du foyer qui siège au-dessous du renflement cervical (intégrité des régions); l'extension transverse, à cette hauteur, des lésions de la moelle aux deux cordons antérieurs, (expériences de Brown-Séquard), à une portion des cordons latéraux et des cornes antérieures, est plus que nécessaire pour rendre compte de ce phénomène pathologique. P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XV. Procédé pour couper les accès d'agitation chez les malades atteints de psychopathies chroniques, a l'aide des injections de quinine et du bromure de potassium; par Richard Kohn (*Arch. f. Psych. n. Nervenk.*, XI. 3.)

Ces accès, qui se montrent de temps à autre, sont précédés de prodrômes extrêmement fugaces qui, à raison de leur valeur, variable suivant les cas, échappent à une description fondamentale d'autant que, l'évolution étant rapide, ils indiquent souvent moins l'approche que le début de l'accès. Citons la congestion, l'hyperémie céphalique, les battements carotidiens, l'agitation, l'anxiété, le marmottement; un pouls petit, dépressible et des convulsions fibrillaires à la langue, accompagnées d'état sabural et de tremblement des doigts en ce qui concerne les exacerbations de la folie systématique (Meyer). Souvent, ajoute M. Kohn, avant même qu'aucun signe psychique se soit montré, la pupille change, témoignant d'un trouble de circulation précédant ceux de l'innervation (manie périodique, folie systématique, hystérie): il en est de même du changement dans les habitudes (Reimer). Quoi qu'il en soit, c'est au moindre symptôme suspect qu'on agira. — L'auteur relate une observation, qu'il considère comme *manie simple*, datant déjà de treize ans dans laquelle des agitations périodiques croissaient en durée : sous l'influence de quatre, cinq, six grammes de K Br, répété jusqu'à trois fois par jour, ces accès ont disparu au bout d'un an de traitement. Un second succès a trait à une *lypémanie religieuse* : deux et trois grammes matin et soir arrêtèrent deux accès en voie d'évolution.

Les résultats heureux à l'aide de *la quinine* furent obtenus grâce à des injections hypodermiques de quatre seringues de la solution suivante au début de l'accès :

Chlorhydrate de quinine.	2 gr.
Glycérine. . . . . }	5 gr.
Eau distillée. . . . . . }	

Les quatre seringues représentent 80 centigrammes de la substance active, équivalent à 4 et 5 grammes de quinine en ingestion buccale. L'absorption en est très active et rapide, l'auteur n'ayant jamais eu à noter, ni nausées, ni vomissements, ni aucun phénomène d'irritation locale, quand il eut soin d'employer la solution chaude et bien divisée. Très forts bourdonnements d'oreilles : deux observations à l'appui. Dans l'une il s'agissait d'une hystérique ovarienne dont les accès menaçaient d'antraîner le suicide : disparition complète des crises sous l'influence de l'injection. Dans l'autre qui concerne une maniaque ayant déjà eu de longs accès, chaque dose de 0,80 calme la malade ; en même temps, abaissement de sa température de 38 à 37°, et du pouls de 136 à 100 : une série de douze injections, soit 3 gr. 20, décidèrent de la persistance de l'amélioration.

M. Kohn croit que la quinine agit simplement sur le cœur parce que le pouls présente une réduction plus forte que la température, et qu'en aucun cas il n'eut à noter de phénomènes cérébraux. Le bromure agirait plutôt sur les cellules corticales. P. K.

XVI. Le réflexe tendineux dans la paralysie générale des aliénés ; par J.-C. Shaw. (*Archives of medicine*. New-York, août 1881).

M. Shaw a étudié le réflexe tendineux, sur soixante et onze hommes et sur onze femmes. Chez les soixante et onze hommes, il était normal dans vingt-huit cas, diminué dans huit, absent dans treize, exagéré dans vingt-deux. Chez les onze femmes, il était normal sept fois, une seule fois il était absent, et dans trois cas il était exagéré. La moelle a été examinée dans dix-huit cas ; quand les réflexes étaient normaux, la moelle n'offrait aucune lésion ; quand ils étaient exagérés, il existait une dégénération secondaire, symétrique des cordons latéraux. Dans quelques cas d'abolition complète, il y avait en même temps une contracture marquée, qui ne dépendait pas de la sclérose latérale, mais d'une sclérose périphérique due à une méningite chronique.

Dans les cas d'abolition, il y avait soit une sclérose fasciculée postérieure, soit une sclérose corticale peu marquée dans la même région. Quelques observations montrent que l'exagéra-

tion du réflexe correspond à une difficulté marquée de la parole et à des attaques hémi-parétiques. Cette connexion est susceptible d'une démonstration anatomique sur laquelle l'auteur reviendra. CH. F.

XVII. SUR LA FOLIE MORALE; par J.-R. GASQUET. *(The Journal of Mental Science*, avril 1882, p. 1.)

M. Gasquet pense que si l'on éprouve quelque difficulté à concevoir une folie morale distincte de la folie intellectuelle, cela provient surtout de ce que l'on ne tient pas suffisamment compte de la complexité des processus mentaux qu'implique le plus simple des actes moraux ; il se propose de rechercher à quel point de ces processus mentaux que l'on désigne sous le nom de moraux, la folie peut intervenir pour les priver de leur caractère normal. L'auteur écarte tout d'abord, comme n'appartenant pas au domaine de la folie morale, les actes accomplis, soit sous l'influence d'une impulsion irrésistible, soit sous l'influence d'une passion violente.

Ce qui constitue essentiellement un acte volontaire, c'est d'abord une délibération, et ensuite une détermination : l'auteur examine successivement ces deux processus. En ce qui touche la *délibération*, il est clair qu'elle devient impossible lorsqu'un ou plusieurs des faits nécessaires pour former un jugement sont inconnus; elle est non moins impossible lorsque des illusions ou des hallucinations font entrer en ligne de compte des faits qui n'ont rien de réel. Ce que les personnes étrangères à l'étude de la folie conçoivent moins facilement, c'est que les faits puissent être exactement connus sans que leur valeur morale et leurs rapports soient sainement appréciés. C'est pourtant ce qui arrive, et l'on trouve de ce fait un exemple, sans conséquences sociales fâcheuses, dans la mélancolie sans hallucinations, où les malades ont une connaissance très correcte des divers événements de la vie, et voient cependant dans tous ces évènements, sans distinction, des motifs de tristesse. Il résulte des études qui ont été faites sur la folie morale que cet état se rencontre surtout dans deux cas : tantôt, en effet, il précède ou suit un état de folie plus manifeste, tantôt il constitue un héritage reçu de parents névropathes. Dans le premier cas, les jugements moraux d'ordre général demeurent intacts ; c'est leur application aux cas par-

ticuliers qui devient impossible : c'est alors que l'on voit les malades changer brusquement de sentiments à l'égard de leurs proches, changer, sans motifs, de religion, d'occupation, d'habitudes, et perdre la juste notion de leur équilibre budgétaire. Le second cas est encore plus grave : là, tous les jalons moraux sont déplacés, le critérium des actions individuelles fait totalement défaut, la notion du bien et du mal est troublée, ou, ce qui est plus fâcheux encore, complètement retournée.

La physiologie peut nous rendre compte de tous ces symptômes ; prenons par exemple le dernier cas examiné : « Il est évident que, quelle que soit l'hypothèse adoptée relativement aux rapports qui existent entre le corps et l'esprit, tous les centres corticaux doivent être capables d'agir ensemble, et que quelques-uns d'entre eux doivent être ordinairement associés, (soit d'une façon congénitale, soit par habitude) et qu'il y a là une condition indispensable de l'activité normale nécessaire à l'esprit pour découvrir les rapports mutuels des idées. Supposons maintenant que quelques-uns de ces centres soient dissociés, ou que, par malformation congénitale, certaines cellules corticales, qui normalement doivent être séparées, se soient reliées les unes aux autres, et nous concevons facilement le mécanisme suivant lequel peuvent se produire, soit des associations d'idées anormales, soit un état d'insensibilité morale. »

L'étude des lésions somatiques, pouvant influer sur la *détermination* morale, est plus difficile, et fait intervenir la question du libre arbitre. On se trouve alors en présence de deux théories : suivant l'une, la volonté agirait à la façon d'une force prépondérante indépendante ; son rôle serait analogue à celui de la main qui pèse sur l'un des plateaux d'une balance ; — suivant l'autre, et pour continuer la comparaison, le rôle de la volonté consisterait à augmenter pour ainsi dire les poids placés dans l'un des plateaux par l'importance particulière attachée à la valeur des motifs que ces poids représentent, tandis qu'en refusant toute attention à la valeur des motifs opposés, elle diminuerait au contraire cette valeur. Dans cette dernière hypothèse, qui paraît à M. Gasquet beaucoup plus vraisemblable que la première, on voit que le processus mental, tant dans sa partie positive que dans sa partie négative, se réduit purement et simplement à un phénomène d'*attention*.

« Or, il est généralement admis par les physiologistes que la fonction cérébrale nécessaire à l'attention consiste en un processus d'inhibition s'exerçant sur les centres corticaux (*analogue* à celui qui gouverne les régions inférieures du système nerveux) et que Ferrier localise dans les lobes antérieurs du cerveau. » Il n'est donc pas étonnant, lorsqu'une lésion cérébrale affecte dans une mesure plus ou moins considérable les centres cérébraux les plus élevés et ceux qui sont le siège du pouvoir d'inhibition, que l'esprit devienne incapable d'examiner, au moment de prendre une détermination, les deux côtés de la question. « Telle est, il me semble, dit M. Gasquet, l'explication de cette perte complète de puissance sur soi-même, de cette entière sujétion aux passions, et spécialement aux passions les plus impérieuses, que l'on voit se manifester soudainement à la suite d'une insolation, d'une lésion de la tête, d'une affection fébrile aiguë, ainsi qu'à la première période de la paralysie générale. » R. DE M.-C.

XVIII. DE L'EMPLOI DE L'ATROPINE COMME AGENT SÉDATIF; par J.-R. GASQUET. (*The Journal of Mental Science*, n° d'avril 1882.)

L'importance que M. S. Ringer attribue à l'atropine comme sédatif et comme hypnotique a conduit M. Gasquet à essayer cet alcaloïde dans les cas où jusqu'ici il avait obtenu de bons résultats de l'hyoscyamine; il l'a employé dans deux cas de manie chronique avec idées de violence et de destruction, et dans un cas de folie chronique avec hallucinations terrifiantes de l'ouïe; il regrette de n'avoir pu jusqu'ici l'expérimenter dans des cas aigus. Il a paru à l'auteur que l'action de l'atropine était moins puissante que celle de l'hyoscyamine ; les malades sont maîtrisés par le médicament d'une façon moins complète, et les tentatives de violence, quoique très atténuées, reparaissent par intervalles. Les effets de l'atropine sont aussi moins prolongés, et il est souvent nécessaire d'y avoir recours deux ou trois fois dans les 24 heures. En revanche, on constate chez les malades moins de stupeur et d'accablement que sous l'influence de l'hyoscyamine. En somme, si incomplets que soient ces premiers essais, leurs résultats sont encourageants; l'atropine aurait en outre, si sa valeur thérapeutique était reconnue égale à celle de l'hyoscyamine, l'avantage de coûter environ quinze

fois moins cher que cette dernière, et cette considération n'est pas à dédaigner dans les grands établissements. R. DE M.-C.

XIX. GUÉRISON, AU BOUT DE TROIS ANS ENVIRON, D'UN ACCÈS DE MANIE AVEC PRÉDOMINANCE DES HALLUCINATIONS DE L'OUÏE ; par BACON. (*The Journal of Mental Science*, n° d'avril 1882.)

L'observation peut se résumer ainsi : Femme de trente-trois ans, mariée, entrée à l'asile en mai 1874. Manie aiguë avec tendance à la violence et à la destruction. Pendant 13 mois, on ne constate que des améliorations courtes, passagères et insignifiantes ; la malade est sale et méchante. En juin 1875, elle est plus propre, plus calme et dort bien ; mais les hallucinations persistent sans modification. — En août 1875, abattement marqué. — En décembre 1875, rechute ; elle retombe aussi bas que jamais. — En 1876, amélioration générale, coupée cependant de quelques rechutes : la conduite reste un peu bizarre, les hallucinations persistent. En février 1877, elle est assez bien pour qu'on la laisse sortir un mois, à l'essai : au bout du mois la sortie est maintenue, la malade paraissant guérie. Le docteur Bacon avait beaucoup hésité à la laisser sortir ; mais, vers la fin de 1881, il a su par le mari de la malade que la guérison était demeurée complète, et qu'il ne restait d'autre trace de la maladie mentale passée qu'un peu d'irritabilité dans le caractère. — En général, on considère les hallucinations de l'ouïe comme caractéristiques de l'incurabilité des affections mentales ; c'est pourquoi l'auteur a pensé que l'observation qui précède méritait d'être publiée. R. DE M. C.

XX. DE L'ÉDUCATION DES ALIÉNÉS ET DU SYSTÈME SCOLAIRE EN VIGUEUR A L'ASILE D'ALIÉNÉS DU DISTRICT DE RICHMOND (Dublin) ; par John FOX. (*The Journal of Mental science*, n° d'avril 1882.)

M. John Fox est directeur de l'école de l'asile de Richmond, et les renseignements que renferme son travail sur le fonctionnement de cette institution sont du plus haut intérêt ; c'est avec beaucoup de regret que nous serons forcés de les abréger, et de n'en retenir que les grandes lignes, ou en quelque sorte les idées directrices. Par une comparaison qui ne manque ni d'ingéniosité, ni de justesse, il fait remarquer que le médecin qui soigne une maladie d'estomac se garde bien de refuser les

aliments à son malade ; il se borne à les choisir, à les approprier à l'état de l'organe, cherchant surtout à utiliser les fonctions demeurées indemnes; en agissant ainsi on guérit parfois le malade; en tous cas on ne le laisse pas mourir de faim. Pourquoi donc n'agirait-on pas de même lorsqu'il s'agit du cerveau? Si les personnes qui s'étonnent de voir créer une école dans un asile d'aliénés comprenaient qu'il ne s'agit pas d'instruire des fous, mais d'assurer, par une méthode graduée et appropriée le fonctionnement cérébral de ces malades, leur surprise, née d'une erreur, se dissiperait rapidement.

Le premier point qui frappe dans l'étude de M. Fox, c'est le grand nombre des aliénés qui prennent part aux exercices scolaires : toutes les divisions de l'asile (à l'exception bien entendu de l'infirmerie) envoient à l'école leur contingent presque complet ; les travailleurs de la ferme et des ateliers suivent le soir des exercices scolaires moins longs, mais réguliers; c'est à peine, en somme, si dans chaque division on rencontre quelques malades qui, par mauvaise volonté ou par déchéance intellectuelle absolue demeurent réfractaires à l'école. — Les malades sont divisés en six classes, suivant leur instruction acquise ou suivant le plus ou moins de conservation de leurs facultés mentales : cette division en classes se base principalement sur les connaissances en lecture, en arithmétique et en géographie. Les principales matières de l'enseignement, que l'on s'est proposé de faire correspondre aux diverses facultés de l'esprit, sont : l'instruction religieuse, les lectures morales avec déductions pratiques, les leçons de choses, la lecture, la géographie et l'arithmétique, l'écriture, le dessin, la musique, la marche au pas et les exercices militaires. — En outre tous les jeux de jardin et d'appartement, depuis le criket et les quilles jusqu'au billard et aux échecs sont enseignés et encouragés. Enfin l'asile renferme une bibliothèque de 200 volumes, destinés aux malades, et dont la distribution, aussi bien que la responsabilité est confiée aux chefs de quartier. Des journaux quotidiens, des périodiques illustrés et plusieurs recueils mensuels complètent les ressources intellectuelles mises à la portée des malades et utilisées avec plaisir par le plus grand nombre d'entre eux. — Nous passons ici sous silence un grand nombre de détails, d'une application plus ou moins utile, plus ou moins facile ; nous souhaiterions que le travail de M. Fox fût lu et médité par tous les directeurs d'asile ; nous avons la conviction qu'ils

ne tarderaient pas à instituer, dans la mesure des ressources dont ils disposent, un système scolaire dont M. Fox, qui l'applique avec un dévouement digne d'éloges, résume ainsi les avantages: 1° Fournir une occupation à un grand nombre de malades qui sans cela resteraient oisifs ; 2° varier les occupations de tous ces malades ; 3° appliquer la méthode de l'éducation à l'amélioration ou au soulagement de l'état des malades atteints d'affections mentales; 4° rompre la monotonie de la vie de l'asile et contribuer ainsi au bien-être de ceux qui y sont internés [1]. R. de M.-C.

XXI. Folie associée a la chorée; deux observations; par Joseph Wiglesworth. (*The journ. of Ment. Science*, avril 1882.)

Voici le résumé de ces deux observations:

1° Femme de vingt-un ans, mariée, d'une bonne santé habituelle, ne comptant pas d'aliénés dans sa famille ; un mois avant son entrée à l'asile, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire qui paraît avoir été subaigu; les troubles mentaux datent de ce moment ; ils étaient caractérisés par des hallucinations de la vue; trois semaines plus tard, c'est-à-dire huit jours avant son entrée à l'asile, elle a présenté des mouvements choréiformes limités au bras droit et à la jambe droite ; ces mêmes mouvements existent et sont très intenses au moment de son entrée. En même temps, manie sans violence, agitation, incohérence. Elle donne son nom et son adresse, mais ce sont là les seules questions auxquelles elle répond d'une façon raisonnable ; elle a des hallucinations manifestes du toucher. Trois jours après l'entrée, retour de quelques symptômes de rhumatisme. Cœur : pas de matité anormale, bruit systolique court à la pointe, entendu également à la base ; le second bruit est clair. Au bout de huit jours, disparition des mouvements choréiformes, amélioration de l'état mental. Pendant plus de dix mois reste à l'asile, présentant les signes d'une amélioration progressive, mais lente ; elle a une grande difficulté à parler, qui paraît due à un défaut de coordination des muscles qui servent à l'articulation du langage. Au bout d'un

[1] Leuret avait organisé à Bicêtre, dans le même but, une école, une bibliothèque et des jeux; mais l'administration impériale a tout fait disparaître. (B.)

an environ, elle est en pleine convalescence : elle parle raisonnablement, sa mémoire est bonne ; elle n'a toutefois pas encore entièrement recouvré la direction volontaire de sa langue. — Cœur : pas de matité, bruit doux à la pointe, ne se propageant pas dans l'aisselle. — La santé générale est excellente.

2° Fille de quinze ans, mère épileptique, un oncle aliéné; les renseignements sont peu explicites; cependant elle aurait été choréique depuis un mois, et aurait présenté des troubles intellectuels depuis une semaine; on n'aurait pas constaté de rhumatisme. Lors de son entrée à l'asile : pas de matité cardiaque anormale; bruit systolique un peu musical à la pointe, s'entendant dans l'aisselle. Mouvements choréiformes généralisés, d'intensité moyenne. Parole indistincte à force d'être saccadée; délire tranquille; incohérence dans les idées. Cette incohérence cesse quand on pose à la malade des questions simples, auxquelles elle répond d'une façon assez raisonnable; elle reparaît dès qu'on ne sollicite plus son attention. Durant un mois, persistance, avec alternatives légères d'amélioration et d'aggravation, des mouvements choréiformes. — Hallucinations de l'ouïe et du goût. — Après six semaines de séjour, amélioration générale, physique et mentale.— Les mouvements choréiformes ont disparu ; plus d'hallucinations ; cependant la malade croit encore à la réalité des hallucinations de l'ouïe : elle se souvient d'avoir entendu la voix de son père bien qu'elle ne l'entende plus. — Elle sort au bout de trois mois et demi; sa santé générale est bonne; au point de vue mental, elle est tout à fait convalescente.

L'auteur rappelle que M. Clouston a publié en 1870 (*The Journal of Mental Science*, n° de juillet) deux cas de folie rhumatismale : dans les deux cas qui viennent d'être résumés, le rhumatisme n'a été constaté que chez une seule des malades; mais l'absence de renseignements suffisants ne permet pas d'affirmer qu'il n'existait pas chez l'autre. Quoi qu'il en soit la présence simultanée de la chorée et de l'endocardite permet de rapprocher ces deux cas de ceux de M. Clouston. On remarquera ici le caractère très accentué des troubles de la sensibilité spéciale, qui se sont montrés plus rebelles que les troubles qui affectaient ou détruisaient momentanément des fonctions intellectuelles plus élevées, telles que l'attention et la mémoire.

R. de M. C



XXII. Localisation spinale. — Lésions destructives de l'encéphale. — Affection de la moelle; par W. Julius Mickle. (*The Journal of Mental science*, n° d'avril 1882.)

Nous ne pouvons donner ici les détails de l'observation et de l'autopsie ; mais les réflexions de l'auteur, que nous reproduisons, font parfaitement ressortir les particularités de ce cas intéressant. « 1° Dans ce cas, en même temps qu'une hémiplégie gauche, il existait des lésions destructives affectant à la fois le corps strié du côté droit et le lobule paracentral droit ; la première de ces lésions avait probablement joué le principal rôle dans la production de la paralysie ainsi que de la lésion descendante secondaire. — 2° Il y avait des contractures rigides des membres du côté gauche (le bras étant dans la flexion et la jambe dans l'extension), une diminution du réflexe tendineux du genou, une absence du clonus de la cheville, et d'autre part on ne constatait qu'une sclérose descendante très peu marquée, tandis qu'il existait une atrophie de la corne grise postérieure correspondante. Il est possible que la lésion des éléments sensitifs ait neutralisé, et au delà, à cet égard, la lésion descendante des éléments moteurs. — 3° La lésion qui avait détruit la surface inférieure de l'écorce occipito-temporale gauche, ainsi que la lésion partielle de la couche optique gauche (pour ne rien dire de la lésion protubérantielle), sont intéressantes et quelque peu embarrassantes, si on les rapproche de l'anesthésie incomplète que présentait la jambe gauche, et d'un certain degré d'hyperesthésie qui avait paru exister sur les membres du côté droit. L'état de la moelle toutefois fournit quelques explications sur ces symptômes, à la production desquels la lésion protubérantielle peut d'ailleurs avoir contribué; ces mêmes lésions, d'autre part, sont intéressantes au point de vue de la diminution de la perception visuelle que présentait le malade à l'égard des objets placés à sa droite; les lésions occipitales surtout sont à rapprocher des resultats récemment publiés par Munck. — 4° Au point de vue de la comparaison des lésions observées dans ce cas avec celles que l'on rencontre dans des cas cliniquement analogues, il y a lieu de noter qu'aucune dégénérescence morale n'accompagnait ici l'extrême abaissement de l'intelligence (surtout en ce qui touchait la mémoire). R. de M.-C.

XXIII. Les hallucinations dans la paralysie générale des aliénés, considérées spécialement dans leurs rapports avec la localisation des fonctions cérébrales ; par W. Julius Mickle. (*The Journal of Mental Science*, n°s de janvier et d'avril 1882.)

On sait avec quel soin et quelle persévérance M. J. Mickle s'est adonné à l'étude de la paralysie générale des aliénés ; le mémoire dont il s'agit ici ne le cède point en intérêt aux travaux précédents du même auteur ; mais, composé presque entièrement d'observations, déjà très condensées, il échappe à l'analyse, ou plutôt ne comporte d'autre analyse que la reproduction des conclusions de l'auteur, qui sont les suivantes : Les hallucinations et les illusions ont dans la paralysie générale plus de fréquence et d'importance qu'on ne leur en reconnaît généralement. Il est probable, et cela pour les raisons indiquées, que les chiffres indiqués dans ce travail comme étant les chiffres (p. 100) des paralytiques généraux chez lesquels on a observé des hallucinations des divers sens, sont des chiffres minimum. Contrairement à ce que l'on admet généralement, les hallucinations de la vue ne sont guère plus fréquentes d'une façon absolue, dans la paralysie générale que les hallucinations de l'ouïe. Mais, chez les soldats paralytiques, les hallucinations de la vue se rencontrent dans une proportion plus élevée par rapport aux hallucinations de l'ouïe que chez les autres soldats aliénés. Chez ces derniers, ou d'une façon plus précise, chez les soldats atteints de folie non aiguë, la paralysie générale étant exclue, les hallucinations de l'ouïe l'emportent en fréquence sur celles de la vue ; elles l'emportent également sur les hallucinations de la vue dans la paralysie générale. Chez les aliénés, en général, les hallucinations de la paralysie générale sont souvent de courte durée ; elles récidivent, sont variables, non systématisées, nombreuses, absurdes, grossières, quelquefois sans lien aucun entre elles, contradictoires les unes à l'égard des autres, et très agréables ou très pénibles. La plupart des hallucinations de la paralysie générale sont liées d'une façon intime à des lésions des centres sensoriels corticaux du cerveau. Lorsqu'on étudie les hallucinations de la paralysie générale au point de vue des localisations cérébrales, on peut tirer un parti utile de la distribution des adhérences cérébro-méningées

et des modifications de la couche corticale qui accompagnent les adhérences. Dans les cas d'hallucinations de la vue chez les paralytiques généraux, le pli courbe n'est pas affecté d'une façon aussi marquée que tendrait à le faire prévoir la théorie suivant laquelle il constituerait le seul centre cortical de la vue ; on peut en dire autant de la première circonvolution temporo-sphénoïdale, si on la considère comme le seul centre cortical de l'audition dans les cas où il existerait des hallucinations de l'ouïe. Ainsi l'anatomie pathologique de la paralysie générale ne vient pas à l'appui de l'opinion exclusive suivant laquelle ces circonvolutions constitueraient ou contiendraient respectivement les centres corticaux uniques de la vision et de l'audition. En considérant l'ensemble des cas, on constate que la circonvolution supra-marginale est plus atteinte que le pli courbe dans les cas qui s'accompagnent d'hallucinations de la vue, et que les adhérences sont souvent très accusées sur le lobule postéro-pariétal. On constate également que la deuxième circonvolution temporo-sphénoïdale paraît être plus atteinte que la première dans les cas qui s'accompagnent d'hallucinations de l'ouïe, ces cas étant pris dans leur ensemble. R. de M.-C.

XXIV. Les experts aliénistes et la responsabilité criminelle; par D. Hack Tuke. (*The Journal of Mental Science*, n° d'avril 1882.)

Le travail de M. Hack Tuke est une critique, très modérée dans la forme, très amère dans le fond, de la législation, ou manque de législation en Angleterre en ce qui touche l'examen de la responsabilité criminelle devant les tribunaux. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous les détails de cette importante étude : il conduit tour à tour le lecteur devant les diverses juridictions, et lui montre l'accusé constamment dépourvu des garanties les plus élémentaires relativement à l'étude de son état mental. Sans doute, il arrive parfois, souvent même, M. Hack Tuke se plaît à le reconnaître, que le bon sens et l'équité du juge suppléent au silence de la loi; encore faut-il que le magistrat, pour s'éclairer sur le degré de responsabilité de l'accusé, prenne des biais et tourne pour ainsi dire la loi, afin d'obtenir, malgré elle, ce que le sens commun voudrait qu'elle prescrivît. Ce que

ke réclame, et nul, on le reconnaitra, n'est plus
jue lui en pareille matière, c'est que la législation
:e qu'aujourd'hui elle tolère à grand peine, et que
donner une expertise ne soit pas laissé au caprice
ts dont quelques-uns n'admettent en aucun cas la
ue l'irresponsabilité. C'est avec l'ironie du patriotisme
mme que l'auteur constate que, dans les autres pays, on
die, lorsqu'il y a lieu, l'état mental de l'accusé *avant* les
ts, tandis qu'en Angleterre on l'examine après. M. Hack
e indique en terminant la réforme qu'il propose, mais il
st aisé de voir qu'il s'accommoderait volontiers d'une procé-
lure quelconq tière, pourvu qu'elle ne
retardât pas d'i progrès de la science et de
l'humanité. Il faut souhaiter que la voix autorisée du savant
aliéniste anglais soit entendue, et que la réforme qu'il réclame
avec un énergique bon sens n'aille pas grossir le nombre des
réformes qui s'imposent toujours et ne s'accomplissent jamais.

R. DE M.-C.

BIBLIOGRAPHIE

De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques; par VALLON. (Thèse de Paris, 1882.)

Ce travail comprend deux parties : dans la première, l'auteur cherche à déterminer l'influence des traumatismes du crâne sur le développement de la paralysie générale ; dans la seconde il étudie les affections chirurgicales traumatiques ou spontanées qui peuvent survenir chez les paralytiques généraux, et considère l'évolution des traumatismes chirurgicaux et leur influence sur la marche de la maladie. Nous ne pouvons faire mieux que de résumer les conclusions de cet intéressant travail.

I. En dehors de toute prédisposition héréditaire ou acquise, les traumatismes du crâne peuvent provoquer le développement de la paralysie générale. La maladie peut débuter peu de temps après

l'accident, mais ordinairement elle n'apparaît que des mois ou des années plus tard, sans affecter d'ailleurs une forme particulière qui permette de reconnaître la cause. La paralysie générale, d'origine traumatique, dont la pathogénie est complexe, se montre à l'âge où se développe ordinairement cette affection; une certaine préparation de l'organisme semble donc nécessaire. Il est du reste avéré que chez les sujets prédisposés, les traumatismes du crâne jouent le rôle de cause déterminante; ils précipitent la marche de la maladie déjà en évolution. Le pronostic doit toujours être réservé dans les cas de plaies de tête; et chez les paralytiques généraux il faut éviter les chocs même les plus légers. M. Vallon considère même comme dangereux le choc de la douche descendante. Si on pouvait reconnaître sûrement l'origine traumatique dans un cas donné de paralysie générale, on pourrait porter un pronostic favorable sur les enfants nés avant l'accident.

II. Dans la paralysie générale on rencontre souvent une raréfaction du tissu osseux qui prédispose aux fractures dont la consolidation peut être lente et incomplète, sans que cependant la guérison soit rare. Les traumatismes des parties molles donnent souvent lieu à une suppuration abondante. Les traumatismes suivis ou non de suppuration exercent souvent une influence heureuse sur la paralysie générale, dont elles arrêtent l'évolution pendant un temps plus ou moins long. De là l'indication des sétons et autres moyens du même ordre dans le traitement de la paralysie générale. La maladie, même à la dernière période, n'est pas une contre-indication à l'anesthésie et aux opérations chirurgicales. Les plaies opératoires guérissent souvent simplement, quelquefois même par première intention. Ch. F.

Des maladies mentales et nerveuses; par M. Billod, médecin en chef, directeur honoraire des asiles de la Seine, 2 vol. in-8 (Masson. édit., 1882).

Sous ce titre, l'auteur a réuni en deux volumes de 600 pages chacun toutes ses productions antérieures, éparses dans des journaux spéciaux; n'y sont pas compris ses travaux si appréciés sur la pellagre. Ces deux volumes constituent, comme l'a dit l'auteur, son testament scientifique. Plusieurs de ces articles et peut-être ceux auxquels M. Billod attache le plus d'intérêt, ont vieilli soit par le progrès ou la modification dans la marche des idées sur les questions qu'il a étudiées, soit parce que, par la valeur même des idées et des vues qu'ils contiennent, ces articles très justement appréciés sont tombés dans le domaine public scientifique et maintenant connus de tous.

De telles considérations expliquent les difficultés d'analyse de ces deux volumes, dont les chapitres les plus intéressants ont été

publiés il y a vingt ou trente ans. C'est un ouvrage dont on aura une idée bien plus nette à la lecture que par une analyse qui ne peut mentionner les idées nombreuses propres à l'auteur, jetées incidemment çà et là, et constituant néanmoins un des principaux attraits à la lecture de l'ouvrage.

Le psychologue se retrouve tout entier dans les chapitres sur les lésions de la volonté, sur celles de l'association des idées, sur les diverses formes de lypémanie, sur les intervalles lucides, sur la chronicité et l'hérédité comparées dans leurs effets.

Le clinicien se révèle dans le chapitre sur la symptomatologie de l'épilepsie, dans ses recherches sur la paralysie générale et sur l'aphasie.

Dans un autre ordre d'idées, les chapitres sur le traitement de la folie, la colonisation des aliénés, les aliénés dangereux, une étude très sérieuse sur la réorganisation des services d'aliénés et une autre plus récente sur des établissements d'aliénés en Hollande, font très apprécier les idées de l'auteur sur le traitement et l'administration. Enfin la collection des rapports médico-légaux de l'auteur, qui forment la moitié du second volume, prouve que M. Billod ne s'est désintéressé d'aucune des questions concernant l'aliénation mentale.

CHARPENTIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches d'anatomie comparative et d'anatomie philosophique sur les caractères du crâne et du cerveau; par L. MANOUVRIER. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'étude de l'atrophie cérébrale infantile; par DELHOMME. Thèse de Paris, 1882.

Du traitement de l'épilepsie; par BOYÉ. Thèse de Paris, 1882.

Sur l'angine de poitrine; par AUBRY. Thèse de Paris, 1882.

Des crises douloureuses qui peuvent se montrer sur les voies urinaires et dans les organes génitaux au cours de l'ataxie locomotrice; par QUEUDOT. Thèse de Paris, 1882.

Essai sur abcès spontanés du cerveau; par GUILLEVIC. Thèse de Paris, 1882.

De la chute des ongles dans les affections nerveuses et en particulier dans l'ataxie locomotrice; par POUGET. Thèse de Paris, 1882.

Observations de mal perforant annonçant le début d'une affection spinale; par BLANCHARD. Thèse de Paris, 1882.

De la tétanie; par DELCROIX. Thèse de Paris, 1882.

Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale; par A. BROQUERRE. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'étude pathogénique du saturnisme cérébro-spinal; par CHARLIER. Thèse de Paris, 1882.

Névralgie vulvo-vaginale; par PARMILLEUX. Thèse de Paris, 1882.



De la névralgie circonflexe ou axillaire; par Héon. Thèse de Paris, 1882.

Des diverses hémorrhagies consécutives aux lésions des centres nerveux; par Langlois. Thèse de Paris, 1882.

Etude sur la méningite aiguë des buveurs et en particulier sur la méningite dans le delirium tremens; par Rabjeau. Thèse de Paris, 1882.

Schädelmessung; kranio und kephalometrie; von Benedikt. (Sep. abd. a. d. Real-encyclopädie des gesammten heilkunde.

Contribution a l'étude des hallucinations de la sensibilité; par H. Arnal. Thèse de Lyon, 1882.

Du délire ambitieux; par Paris. Thèse de Nancy, 1882.

De la lèpre; par Hahn. Thèse de Nancy, 1882.

Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques; par Rougier. Thèse de Lyon, 1882.

Des indications du trépan dans les épanchements intra-crâniens consécutifs aux traumatismes; par Joire. Thèse de Lille, 1882.

Contribution à l'étude des formes frustes de l'ataxie locomotrice; par Martin. Thèse de Bordeaux, 1882.

Contribution à l'étude de la crête auditive chez les vertébrés; par Ferré. Thèse de Bordeaux, 1882.

Contribution à l'étude de l'abcès cérébral idiopathique; par Stahl. Thèse de Nancy, 1882.

Des hémitremblements præ et postparalytiques; par Ricoux. Thèse de Nancy, 1882.

FAITS DIVERS

Asile public d'aliénés de Maréville. — Le mode de recrutement des internes de l'asile vient d'être modifié. Jusqu'à ce jour, les élèves étaient nommés directement par le Préfet. Le concours vient d'être établi. — Un arrêté préfectoral règle comme suit le nouveau mode de recrutement des internes de cet asile : les élèves internes sont nommés par le Préfet, sur une liste dressée d'après les résultats du concours, et comprenant un nombre de candidats triple de celui des vacances à remplir. L'ouverture de chaque concours, autant que le permettront les nécessités du service, sera annoncée deux mois à l'avance.

Sont admis à concourir : les étudiants en médecine français et

moins douze inscriptions de doctorat. Les candidats ur demande à la Préfecture dix jours au moins avant concours et devront joindre : 1° leur acte de nais- certificat du maire de leur domicile établissant leur nçais; 3° un certificat constatant qu'ils possèdent au nscriptions de doctorat; 4° un certificat de bonne vie – La liste des candidats, arrêtée par le préfet, sera doyen de la Faculté de médecine.

s du concours seront les suivantes : 1° une composi- un sujet d'anatomie et de physiologie (trois heures ées pour cette rédaction); 2° une épreuve clinique dans l'examen de deux malades, choisis l'un dans un ser- édecine, l' ce de chirurgie (quinze mi- seront accord e chaque malade, et dix minutes pour chaque co après cinq minutes de réflexion); 3° une épreuve de petite chirurgie, saignée, cathétérisme, bandages et appareils. Le jury déterminera la durée de cette épreuve. Les concours ont lieu au siège de la Faculté de médecine, comme pour les concours d'internat des hospices civils de Nancy. Les juges du concours sont trois professeurs désignés par la Fa- Le concours terminé, la liste des candidats classés par ordre érite, avec les propositions du jury sera adressée au Préfet e Doyen de la Faculté. — C'est avec plaisir que nous enregis- cette réforme, réclamée depuis longtemps. Il est vivement à désirer qu'elle se généralise.

Asile d'aliénés de Ville-Évrard. — M. le Dr Espiau de la Maëstre, médecin directeur de l'asile de Ville-Evrard, a été victime, le 11 octobre dernier, d'un accident qui aurait pu avoir les plus tristes conséquences. Un malade, B..., atteint du délire de persécution, l'a saisi par derrière et a essayé de lui crever les yeux avec les doigts. L'œil droit a été le plus fortement atteint. Bien que le traumatisme offre une certaine gravité, on espère qu'il n'aura pas de conséquences sérieuses. Nous faisons les vœux les plus sincères pour le prompt rétablissement de M. le Dr Espiau de la Maëstre, un des médecins les plus dévoués de nos asiles d'aliénés.

Congrès international d'électricité. — Un second congrès international d'électricité sera tenu à Paris à partir du 15 novembre. Le gouvernement a alloué, pour son organisation, une somme de 90,000 fr. Les principaux objets du congrès sont, grâce à de nombreuses expériences, de déterminer des unités électriques, de se fixer sur les méthodes d'observation de l'électricité de l'atmosphère, et de réunir les statistiques relatives aux conducteurs de la lumière.

Société médico-psychologique. — Cette société, dans sa séance du 31 juillet 1882, a décidé de mettre au concours pour l'année pro-

chaine les deux questions suivantes. *Prix Aubanel*: Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire, en l'absence de notions sur les antécédents ? Exposer ces caractères. — *Prix Belhomme* : Des moyens propres à développer la faculté du langage chez les idiots.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Au mois de novembre 1882, il sera ouvert à cette faculté un concours pour une place de chef de clinique des maladies mentales.

Concours pour l'internat en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris; Ville-Evrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 4 décembre 1882, à midis précis. Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine, âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au secrétariat général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 2 au 18 novembre 1882 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un certificat de vaccine ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs; 5° un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine.

Le concours porte sur l'anatomie et la physiologie. — La durée des fonctions d'interne est de trois ans. — La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen. Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 fr. à l'asile Sainte-Anne et de 1,100 fr. aux asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse.

Concours pour l'internat en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne à Paris; Ville-Evrard et Vaucluse dans Seine-et-Oise), sera ouvert le lundi 11 décembre 1882, à une heure précise. Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en pharmacie âgés de vingt ans au moins et de vingt-sept ans au plus. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 9 au 25 novembre 1882 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un certificat de vaccine ; 4° un certificat de bonne vie et mœurs ; 5° des certificats constatant trois années d'exercice dans des pharmacies dont une dans la même maison.

Le concours porte sur la chimie, la pharmacie et l'histoire naturelle. La durée des fonctions d'interne est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 fr., à l'asile Sainte-Anne, et de 1,100 fr. aux asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse.

Quartier d'aliénés de l'hospice Saint-Jacques, a Nantes. — Il possède en tout 800 malades, dont 450 femmes environ. — Il y a aussi quelques enfants arriérés ou idiots, disséminés dans les services : neuf garçons et quatre filles actuellement. Aucune instruction ne leur est donnée.

Les malades sont employés à des travaux de culture, de jardinage. — Comme moyens de coercition, on emploie la camisole de force, le système cellulaire, les douches, les bains prolongés, généralement pendant trois heures, quelquefois quatre heures. Les bains sont installés d'une façon très précaire. — La thérapeutique est assez réduite. Le service médical comprend six internes en médecine (aucun en pharmacie), dont trois sont nommés au concours des hôpitaux de Nantes, et sont alors affectés aux sections de vieillards et de médecine proprement dite (infirmerie). Il existe un service de varioleux, avec un interne des hôpitaux ; ce service est presque toujours vide. — Les trois autres internes, dits internes aliénistes, sont nommés directement par le ministre de l'intérieur, sans concours. L'asile va prochainement être agrandi, et l'on en profitera pour apporter quelques perfectionnements dans les sections.

Ecole départementale d'infirmiers et infirmières de l'asile Sainte-Anne. — Les cours ont commencé le mardi 24 octobre 1882, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre de l'Admission, et se continueront les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Programme pour l'année 1882 : hygiène, administration, pansements, petite chirurgie et applications hydrothérapiques, physiologie, anatomie, rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales, petite pharmacie.

Ces cours se font sous la direction de MM. Bouchereau, Dagonet, Magnan, médecins en chef, et Quesneville, pharmacien en chef de l'asile Sainte-Anne. — Les personnes étrangères à l'établissement qui désirent suivre ces cours gratuits doivent se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la direction de l'asile.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS



lith.

Imp. Becquet Paris

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

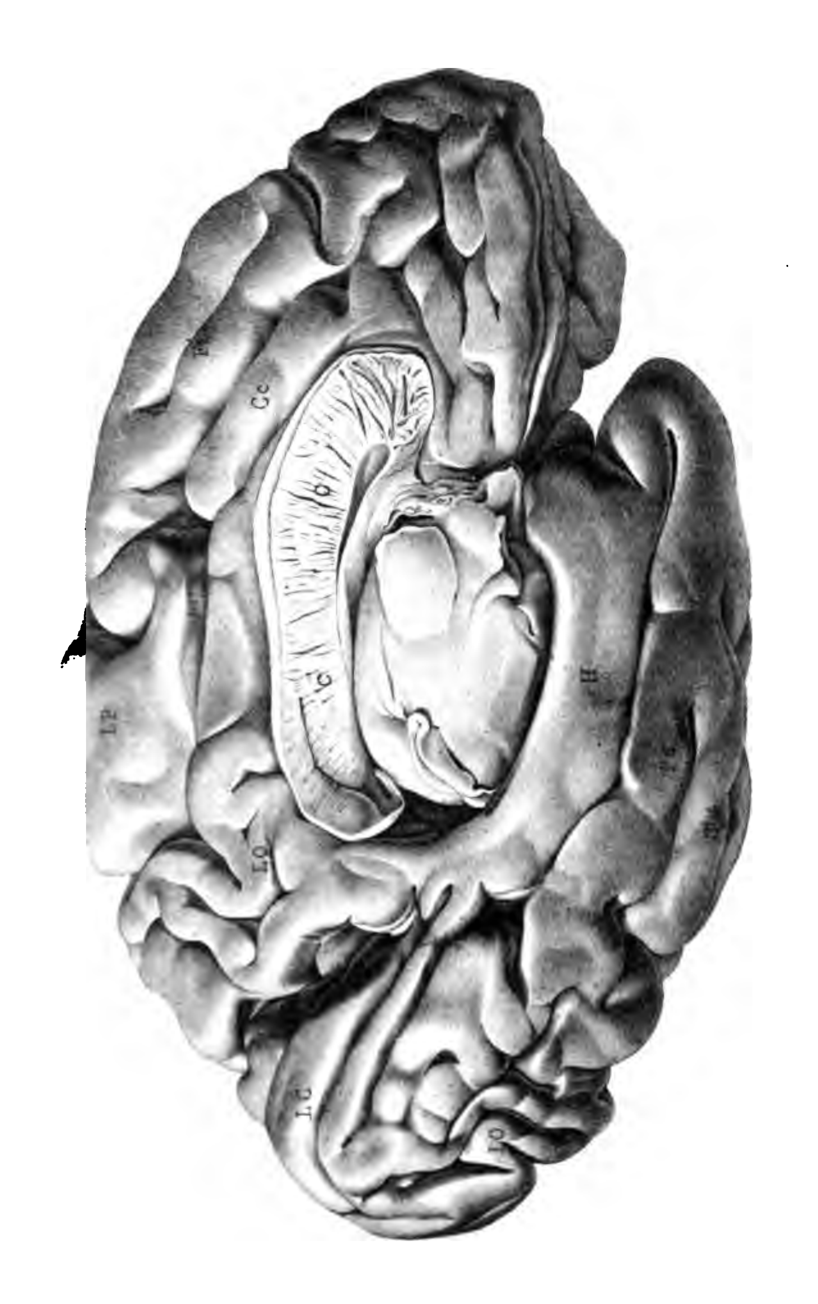
Face convexe de l'hémisphère gauche.

F^1, F^2, F^3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
$F. a.$, frontale ascendante.
$P. a.$, pariétale ascendante.
P^1, P^2, lobules pariétaux, supérieur et inférieur.
P^3, pli courbe.
T^1, T^2, T^3, circonvolutions temporales.
$L. O.$, lobe occipital.

PLANCHE II

Face interne de l'hémisphère gauche.

C. c., corps calleux.
C. c., circonvolution du corps calleux.
F^1, première circonvolution frontale.
H., circonvolution de l'hippocampe.
L. P., lobule paracentral.
L. C., lobe carré.
L. C., coin.
L. O., lobe occipital.
T^4, T^5, quatrième et cinquième circonvolutions temporales.



pôle négatif sur l'avant . bras droit.
ôle positif sur le sternum.

5 6 7 8 9 10

urée en minutes.

PLANCHE III

Résistance électrique des tissus chez deux individus sains.— Tracé 1 : Faible résistance : le maximum de déviation est de 9 milliweber et est atteint en 5 minutes. — *Tracé* 2 : Forte résistance : le maximum de déviation est de 3 milliweber et est atteint en 8 minutes.

PLANCHE IV

Résistance électrique comparée des deux côtés du corps chez des hystériques atteintes d'hémianesthésie. — indique le côté le plus sensible ; ----- indique le moins sensible.

1° Ka... (Eva). — Hémianesthésie gauche ; résistance plus grande du côté malade à une première application (*tracé* 1), s'atténuant progressivement aux applications ultérieures (*tracé* 2), et finissant par devenir égale à celle du côté sain (*tracé* 3).

2° Geor... (Louise). — Hémianesthésie droite : résultats analogues en quatre électrisations successives.

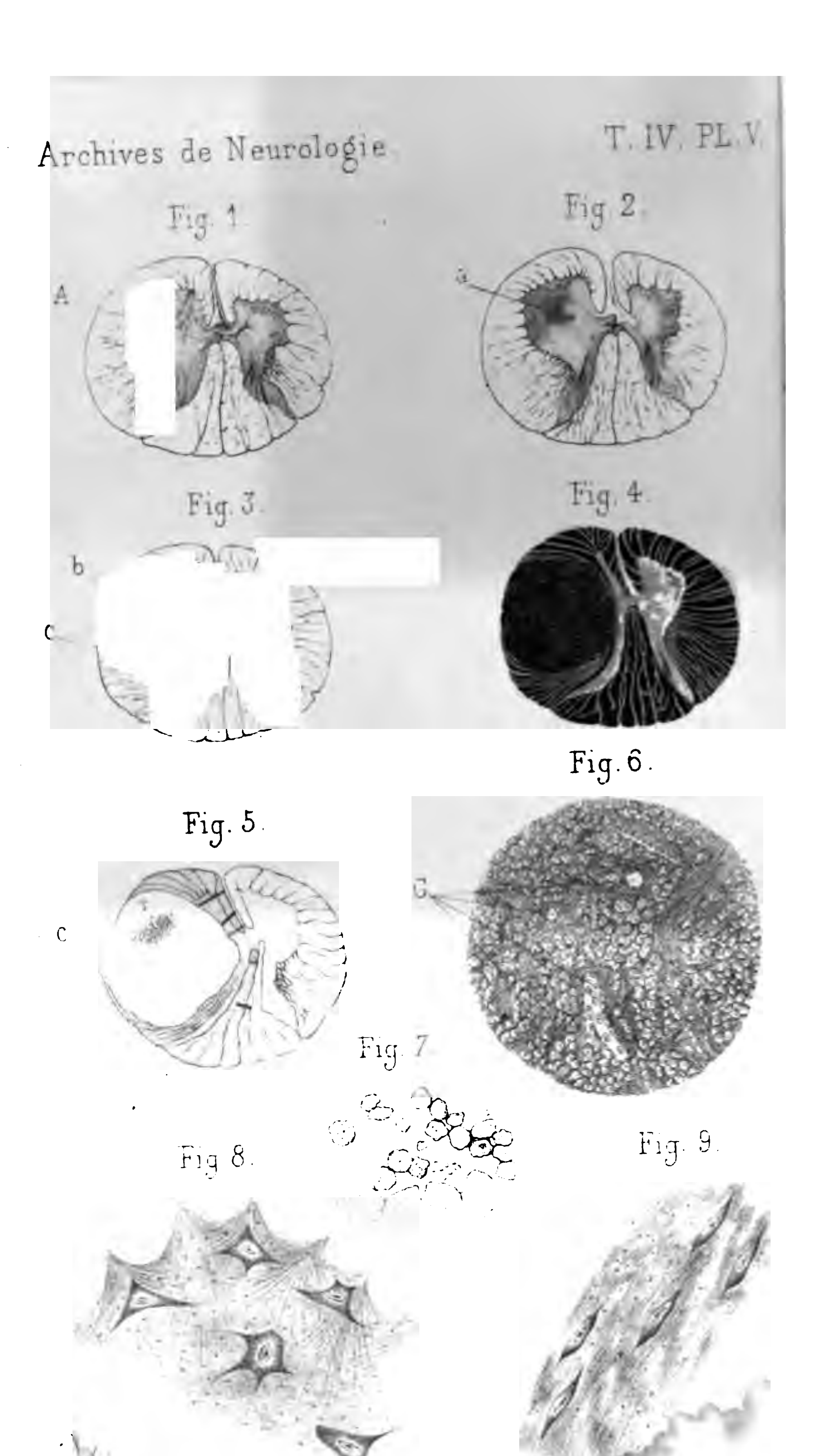
3° Blanch... — Hémianesthésie gauche : résultats analogues en trois électrisations successives.

4° Blanch... — Après transfert : résultats analogues renversés.

5° Gall... — Hémianesthésie gauche : résultats analogues en deux électrisations successives.

6° Gall... — Hyperesthésie gauche : résultats analogues renversés, en trois électrisations successives.





Imp. Becquet, Paris

PLANCHE V

Les cinq premières figures représentent des coupes successives (de haut en bas) de la moelle au niveau de la tumeur.

Fig. 1. — Augmentation du volume de la moelle antérieure de la corne antérieure gauche sans altération de structure.

Fig. 2. — La corne antérieure gauche offre une densité plus grande et une moindre transparence.

Fig. 3. — Tumeur de la corne antérieure, entourée d'une fine capsule de tissu conjonctif.

Fig. 4. — Développement complet de la tumeur constituée par des pelotons entremêlés (coloration au violet de gentiane).

Fig. 5. — Noyau de consistance osseuse constitué par des concrétions cristallines.

Fig. 6. — Grossissement de la tumeur (*fig.* 4).

Fig. 7. — Concrétions cristallines à couches concentriques (de la *fig.* 5).

Fig. 8. — Représentant une portion de la colonne grise antérieure du côté droit.

Fig. 9. — Représentant une portion de la colonne grise antérieure du côté gauche.

Evreux. Ch. Hérissey, imp. — 1182

